Psicologia hospitalar

Sumário

Palavras do autor

Lucia acorda com um pulo, assustada, no meio da noite. Logo sente um gosto amargo na boca e seu corpo entorpecido, provavelmente pelo excesso de medicações. A enfermeira da madrugada logo aparece com a temida bandeja metálica de remédios, o destro e duas injeções. Três picadas às três da manhã. Quanta violência! Sua cirurgia está agendada para amanhã, ou era ontem? Procura pelas marcas de um corte inexistente logo abaixo do seio. Lucia já está bem próxima das enfermeiras que cuidam dela, já se considera amiga de Carla quando ela se despede com a voz calma que a madrugada dos enfermos solicita. Uma lágrima escorre de seus olhos, e um medo surge em seu pensamento: "será que esta é a minha vida agora? Nunca mais vou ficar boa? Estou com medo". Do lado de fora do leito, dois profissionais discutem: "Lucia está novamente acordada e muito agitada, aumentamos sua medicação?". Ao que Carla responde: "Por que não pedir uma interconsulta psicológica?".

Esses encontros e desencontros na história de Lucia ilustram uma necessidade preponderante, mas não tão encontrada nos hospitais: a escuta. A disciplina e a prática relativamente recente da psicologia hospitalar vêm resgatar o valor da subjetividade daquele que adoece. Não são apenas diagnósticos, órgãos, tumores ou resultados numéricos de exames, são pessoas e histórias!

Pensamos em organizar esses conteúdos didáticos lembrando sempre da práxis diária de um profissional da área na tentativa de tornar para você, aluno, a experiência de estudar psicologia hospitalar o mais próximo possível da realidade e dos desafios desse campo da saúde. O livro que você tem em mãos é dividido nas seguintes unidades temáticas: 1) A instituição hospitalar e o surgimento das práticas psicológicas no hospital; 2) O psicólogo, o hospital e as equipes de trabalho; 3) A atuação do psicólogo e o cotidiano hospitalar; e 4) Contexto hospitalar e interfaces com o sofrimento. Ao longo desses textos, procuramos explorar os múltiplos desdobramentos e possibilidades de atuação dentro dessa prática clínica.

Fica o convite para que você mesmo coloque suas contribuições nesse debate e, quem sabe, desperte uma curiosidade para estudos e devoção posterior ao ato de cuidar, ouvir e estar junto daquele que sofre.

A instituição hospitalar e o surgimento das práticas psicológicas no hospital

Convite ao estudo

Nesta primeira unidade da disciplina Psicologia Hospitalar, vamos conhecer mais de perto a realidade das instituições hospitalares e o surgimento e as características das práticas psicológicas no hospital. Para iniciar nossa trajetória de aprendizado, na primeira seção, vamos aprender sobre a história da instituição hospitalar, bem como a história da inserção do profissional psicólogo nesse ambiente de trabalho. Compreender esse processo histórico e as transformações das relações profissionais na prática em saúde é muito importante para conhecer o seu estado atual e nos dar a consciência do contexto social em que trabalhamos. Na segunda seção, vamos conhecer a prática do psicólogo hospitalar e como ela se difere ou se aproxima do discurso médico vigente que permeia as práticas de saúde. Na terceira seção desta unidade, vamos abordar o trabalho em equipe, conhecimento fundamental para compreender a prática e a inserção do profissional psicólogo nos hospitais.

Para compreender melhor e fazermos uso dos conhecimentos e das competências apresentados nesta primeira unidade de ensino, vamos nos debruçar sobre o caso apresentado a seguir e, então, discutir, pensar e aprender com as situações-problemas derivadas dele. Em uma cidade do interior do país com cerca de 230.000 habitantes, conhecemos Cristina, com formação em Psicologia e que trabalha, atualmente, como gestora em saúde em um hospital de médio porte.

O hospital em que Cristina trabalha vem passando por um processo de reestruturação, pois foi cadastrado na rede de urgência e emergência do governo federal e, com isso, passou a receber verba para o pronto socorro geral, serviço médico de

urgência e unidade de terapia intensiva. Junto ao crescimento tecnológico e de pronto atendimento, a gestão do hospital vem se atentando aos preceitos da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Aliando seus conhecimentos como psicóloga, seu interesse pela área clínica e sua função como gestora das práticas do hospital, Cristina, que já há algum tempo pensava nessas questões, resolve propor um projeto completo de implementação de um serviço de psicologia hospitalar para a instituição em que trabalha.

Apesar da inclusão do psicólogo na equipe de saúde já ser uma realidade dentro de muitos hospitais, não são todas as instituições hospitalares que apresentam psicólogos hospitalares contratados, estagiários ou até mesmo um serviço de psicologia hospitalar consolidado. Ainda que tenha certeza de que psicólogos hospitalares teriam uma demanda de trabalho importante e poderiam propor ações que em muito ajudariam no cuidado com os pacientes, Cristina não tem muita certeza sobre a aceitação e o espaço que esses novos profissionais teriam na equipe de trabalho. Para instrumentalizar-se melhor para essa tarefa, ela resolve estudar sobre a história e o estado atual dessa prática de atuação dos psicólogos no Brasil.

Seção 1.1

Psicologia hospitalar: caracterização, surgimento e evolução

Diálogo aberto

Nesta primeira seção, vamos acompanhar a história das instituições hospitalares e compreender as modificações dos hospitais ao longo do tempo para então chegar ao surgimento das primeiras práticas psicológicas em hospitais propriamente ditas. Retomando esse passado histórico, poderemos refletir acerca da importância da psicologia hospitalar e ajudar Cristina, nossa colega psicóloga apresentada no início desta unidade, no processo de implementação de um serviço de psicologia hospitalar na instituição em que trabalha. Por questões pessoais, como seu interesse clínico está aliado a novas mudanças na gestão do hospital, Cristina achou que esse momento seria a oportunidade perfeita para propor a contratação de psicólogos hospitalares.

Seu primeiro desafio, o qual envolve até questões políticas e sociais, recai sobre os próprios colegas gestores e a diretoria do hospital. Ela sabe que a instituição em que trabalha não tem verba ou possibilidades grandes de crescimento, mas acredita no potencial de sua ideia para promover um melhor atendimento aos pacientes e tratar da saúde de seu município nas três instâncias: promoção, prevenção e tratamento. Cristina resolve, então, construir uma apresentação de seu projeto para a direção e o comitê gestor do hospital. Para tal, é preciso que ela defenda e conheça muito bem a história da psicologia hospitalar, bem como o lugar de um psicólogo hospitalar na instituição. Imagine você sendo ajudante de Cristina nesse importante projeto. Como você realizaria a apresentação e a argumentação aos profissionais gestores e diretores, justificando a importância de um serviço de psicologia hospitalar?

Não pode faltar

Antes de sabermos sobre a inserção do profissional psicólogo nas instituições hospitalares, vamos nos debruçar um pouco sobre a história e o desenvolvimento dos hospitais e conhecer mais sobre esse local. Buscar uma única definição sobre o termo "hospital" não

é uma tarefa simples, mas sabemos que a palavra, de origem latina, deriva de *hospes*, que significa "hóspede". Tal origem remonta à função primeira dos hospitais, ou seja, uma função social de servir como uma espécie de hospedaria, abrigo ou até mesmo "depósito".

Segundo Pereira (2003), no mundo greco-romano, os hospitais cumpriam funções sociais das mais diversas, como ações terapêuticas simples para recuperação de saúde até repouso para viajantes, sendo que seu público variava entre sadios e doentes. O espaço técnico de cura era ocupado pelos antigos sacerdotes, e o lugar do médico não era significativo, entendia-se que a saúde era recuperada com intercedência de poderes divinos.

No período medieval, que concebe os séculos V ao XV, devido à forte influência do cristianismo, acreditava-se que ajudar os menos favorecidos representava uma caridade digna de salvação das almas. Nesse contexto, a instituição hospitalar foi se organizando como essencialmente eclesiástica, com função de assistência social. O hospital da Idade Média tampouco era concebido para curar: diante das grandes epidemias e pestes que assolaram a Europa a partir do século XIV, cujos tratamentos eram desconhecidos, toda parcela da população que estava contaminada era considerada "perigosa" e deveria ser recolhida e institucionalizada. Acreditava-se que isso protegia a sociedade. Cabe salientar que não só os doentes eram marginalizados e tidos como perigosos mas também os loucos, os pobres e indigentes, as prostitutas, os enfraquecidos famintos e os tidos como hereges pela Igreja Católica, que detinha o poder político na época.

Fazendo uso das ideias do filósofo e sociólogo francês Foucault, Vieira (2006) explica que o propósito de que os males físicos ou "morais" não contaminassem a sociedade acabaram por transformar essas instituições em locais de isolamento, segregação e, nas palavras do filósofo, "morredouros". Essa ideia medieval sobre a instituição hospitalar perdurou nas práticas em saúde até tempos muito recentes nos hospitais psiquiátricos, nos quais os doentes eram simplesmente banidos do convívio social, sem grandes preocupações com seu tratamento, sua recuperação e reinserção na sociedade.

Reflita

A obra *O Alienista*, de Machado de Assis, foi publicada em 1882 e antecipa várias críticas às instituições hospitalares, principalmente aos hospitais psiquiátricos, desenvolvidas posteriormente pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Repleta de humor fino e ironia, de agradável leitura, o livro conta a história de um médico que se dedica a estudar e tratar a loucura. Para tal, ele organiza um hospital para doentes mentais, o Casa Verde. O personagem do médico Simão Bacamarte chega a encarcerar tantos cidadãos no Casa Verde que é alvo de uma revolta popular. A partir de algumas mudanças no modo de compreender as diferenças entre loucura e razão, doença e saúde mental, o médico acaba, por fim, internando-se ele próprio em seu hospício. A história apresenta críticas e discussões interessantes sobre o poder médico e os valores de institucionalização da sociedade, ainda discutidas atualmente pela Reforma Psiquiátrica e nos novos modos de compreender o processo saúde-doença.

Ainda que secundária dentro do ambiente hospitalar, a prática médica começa a ser associada às essas instituições no período medieval, principalmente nos períodos de grande disseminação da peste, no século XIV, na Europa. Com as epidemias, popularizaram-se hábitos sanitários e de higiene, os médicos passaram a utilizar vestimentas próprias e foram escritos os primeiros manuais do que se pode considerar um protótipo de "saúde coletiva" (VIEIRA, 2006).

A partir do século XVI, com a Reforma Luterana e o crescimento do poder dos estados absolutistas, houve uma mudança significativa nessa crença de que a Igreja seria responsável pela prestação de cuidados e serviços sociais, função essa que seria assumida pelas autoridades do estado ou pela comunidade. Os hospitais militares europeus do século XVII também representam papel importante na reforma do sistema hospitalar como um todo. Com interesses militares e econômicos, devido ao custo para o exército (em treinamento e tempo) de cada soldado que adoecia ou morria, esses hospitais foram reformulados com o objetivo de torná-los instrumento de cura e tratamento (PEREIRA, 2003).

A disciplina médica, que até o século XVIII era restrita aos livros e às práticas individuais, começa também a ganhar destaque dentro dos hospitais, e a formação de um médico passa a ter relação direta com as instituições hospitalares. O lugar de prestígio do "grande

médico hospitalar", o que será considerado mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII (SALTO, 2007). Uma prática comum nessa época, a visita aos leitos hospitalares, marca uma inversão hierárquica importante, com domínio do poder do médico sobre os outros profissionais envolvidos. Nesse ritual, o médico era seguido hierarquicamente pelos outros profissionais (enfermeiros, alunos, assistentes), indo ao leito de cada doente, prática ainda presente nos hospitais atualmente. Nesse período, começam a ser implementadas políticas nacionais de saúde: o hospital é considerado uma forma barata de oferecer cuidados e fortalecer a população, visto que indicadores de saúde significam força política e econômica dos Estados (PEREIRA, 2003).

Os séculos XIX e XX são marcados pelo crescimento populacional, pela urbanização e pelos novos avanços tecnológicos. Assim, os hospitais passam a ter um caráter de workshop de saúde, com a figura do médico como personagem principal da instituição. Pereira (2003) explica que o hospital se torna uma empresa, independentemente se pública ou privada, com lugar privilegiado na venda e no consumo de artefatos e práticas relacionadas a um "bem" físico: a saúde. A autora aponta que

> **O hospital contemporâneo é uma grande máquina complexa, onde circulam mercadorias e acontecem disputas de poder entre profissionais. Sua organização e administração passaram a ser guiadas por critérios racionais, científicos e econômicos. Diferentes ocupações e profissões foram criadas em torno desta instituição, gerando uma hierarquia não só entre os profissionais de saúde como dentro da própria equipe médica.**
> **(PEREIRA, 2003, p. 40)**

A explosão da técnica e do conhecimento científico nas áreas médicas e adjacentes, como biologia, fisiologia, medicina biomolecular e microbiologia, a partir do século XIX até os dias atuais, ajudou a distanciar ainda mais a prática médica da psicologia. A missão das escolas médicas e dos hospitais era treinar médicos e, por vezes, enfermeiros; psicólogos não faziam parte desse ambiente. Depois de erradicadas ou de descobrir como tratar com mais eficácia algumas das principais causas de morte e adoecimento dos últimos dois séculos (as doenças infecciosas), outras doenças passaram a ganhar destaque nas preocupações com saúde pública: as associadas ao

estilo de vida (como fumo, alcoolismo, obesidade, estresse etc.). A prática psicológica, até então independente dos médicos, começou a ganhar destaque nos hospitais e tratamentos de saúde. Médicos e psicólogos redescobrem, então, um terreno de prática comum em saúde: o comportamento e o próprio indivíduo doente (SILVA, 2006).

As duas grandes guerras mundiais também representaram um impulso ao desenvolvimento e à abrangência das práticas psicológicas. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) marca a popularização da psicotécnica, visto que testes psicológicos eram utilizados para seleção e recrutamento de soldados. Já a Segunda Guerra (1939-1945) estimulou a entrada de psicólogos nos hospitais, principalmente para o atendimento aos soldados que apresentavam sintomas e distúrbios, entre eles, o que ficou categorizado posteriormente como síndrome de estresse pós-traumático (SILVA, 2006).

A mudança no conceito de saúde, proposta no documento de criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, também exerceu influência para a prática psicológica e o surgimento da psicologia hospitalar. No documento, saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (SEGRE; FERRAZ, 1997). Essa definição inclui o fator psicológico dentro de uma compreensão biopsicossocial do indivíduo. Sem dúvida, a redefinição do conceito de saúde contribui para a entrada dos psicólogos nas práticas de saúde, principalmente nos hospitais gerais, visto que o trabalho em hospitais psiquiátricos já era comum.

O ingresso de psicólogos nas equipes de saúde levou à nomeação internacional de uma nova especialidade: a psicologia da saúde. No Brasil, segundo Salto (2007), a psicologia hospitalar surge pela iniciativa de profissionais, demanda da população ou das instituições. A psicologia hospitalar torna-se uma realidade a partir da década de 1950, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

Psicologia hospitalar ou psicologia da saúde?

Para responder a essa pergunta, devemos ter em mente as políticas de saúde vigentes no Brasil nos períodos de 1940 a 1950. Nesse período, o modelo de saúde brasileiro era centrado na instituição hospitalar. Isso significa dizer que eram priorizadas ações via atenção secundária

e terciária, de maior complexidade, seguindo um modelo clínico e assistencialista, ou seja, tratamentos, medicalizações e cirurgias: era prioridade tratar a doença quando ela já existia ou estava agravada. O modelo primário de atenção em saúde (sanitarista) prioriza ações preventivas e de promoção de saúde, modelo esse mais valorizado após a instituição do SUS em 1988.

O hospital, então, era símbolo máximo do atendimento em saúde no Brasil. Por essa razão, os primeiros estudos e trabalhos em psicologia no campo da saúde foram nomeados como psicologia hospitalar, e não psicologia da saúde.

Para efeitos gerais, atualmente, entende-se que a psicologia hospitalar seria um subcampo da psicologia da saúde. Essa diferenciação, pelas razões sócio-históricas apresentadas, dá-se, principalmente, no Brasil; em outros países, é mais comum a utilização do termo psicologia da saúde.

Interessante apontar também que a implementação do SUS em 1988 trouxe novas ideologias e prioridades no atendimento em saúde no Brasil. Ainda mais recente, a Política Nacional de Humanização e o HumanizaSUS (2003) retomam a necessidade de se humanizar os tratamentos de saúde, muito centrados na técnica e com pouca atenção ao doente, ao sujeito que sofre e é atendido pelas equipes. Nesse processo de humanização, o profissional psicólogo tem tido um papel muito importante justamente por focar suas práticas e ações nos pacientes e familiares, destituindo-os de um lugar passivo ao seu processo de tratamento. Tais ações envolvem não apenas a inclusão de psicólogos nas equipes mas também a forma como os outros profissionais pensam o tratamento, as relações médico-paciente, a comunicação, o trabalho em equipe e as propostas inovadoras, como as brinquedotecas hospitalares e as salas de aula hospitalares para crianças internadas.

Retomando o nosso processo de evolução histórica, segundo Vieira (2006), o ano de 1954 marca a entrada da psicologia nos hospitais do Brasil, quando Mathilde Neder é convidada a atuar no atual Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). A equipe médica e de enfermagem vinha observando que algumas crianças em pós-operatório ficavam tão agitadas e ansiosas que acabavam danificando as peças de gesso e prejudicando sua recuperação. A solicitação, nesse primeiro momento, foi para prestar

acompanhamento psicológico às crianças submetidas a tratamento cirúrgico de coluna e suas famílias. Ainda dentro do HC em São Paulo, novos profissionais psicólogos adentraram as equipes nos anos que se seguiram: Aidyl Macedo de Queiroz, no Instituto da Criança, em 1955; Sonia Letaif, na Clínica Psiquiátrica, em 1956; e Bellkiss Romano, no Instituto do Coração, em 1974.

Em 1983, iniciou-se o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) para psicólogos no HC-FMUSP. Esse fato é reconhecido não apenas por ampliar e formar novos profissionais na área mas também para dar luz às práticas científicas de pesquisa e ensino em psicologia hospitalar. No ano 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconhece oficialmente o título de Especialista em Psicologia Hospitalar por meio da Resolução nº 014/00 (VIEIRA, 2006).

Resolução do CFP que dispõe sobre a especialidade Psicologia Hospitalar

A Resolução nº 02/2001, disponível no site <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf> (acesso em: 2 mar. 2017), traz, no seu Anexo 1 – VII, uma descrição detalhada sobre como o Conselho Federal de Psicologia compreende a especialidade Psicologia Hospitalar. Vale a leitura para se integrar sobre as ações, a formação e as intervenções próprias dessa especialidade profissional!

O I Encontro de Psicólogos da Área Hospitalar aconteceu em São Paulo, em 1983, organizado por Belkiss Romano, entre outros profissionais. Nesse evento, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo organizou uma subcomissão para tratar de temas relacionados ao campo da psicologia hospitalar. Uma importante ação dessa comissão foi listar os diferenciais da psicologia hospitalar em relação a outras práticas clínicas em psicologia (SILVA, 2006):

1. Instituição permeando a atuação.
2. Psicologia é ainda pouco prevista no hospital geral.
3. Obrigatoriamente multiprofissional (interdisciplinar).
4. Dinâmica de trabalho com multiplicidade de solicitações.
5. Ambiente de ação aberto e variável.
6. Tempo impondo limites.
7. Sobreposição do sofrimento orgânico-psíquico.
8. Imposição x opção do acompanhamento psicológico.

9. Intervenção iminentemente focal e emergencial.

10. Predominantemente egoica.

11. Morte e o morrer como parceiros constantes na rotina de trabalho.

12. Absoluta necessidade de visão multifatorial do paciente.

13. Abrangência maior de conhecimentos específicos.

14. Possibilidades múltiplas de intervenção: paciente – família – equipe – instituição.

Essa identificação e categorização do que seria específico da psicologia hospitalar fez-se necessária, pois havia muita confusão, e a prática ainda não estava bem delimitada, as possibilidades e os resultados da inclusão do psicólogo nos hospitais eram então desconhecidas. Rodríguez-Marín (2003), citado por Castro e Bornholdt (2004, p. 51), refere que a psicologia hospitalar é um "conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital". O autor ainda expõe seis tarefas básicas que seriam do encargo do psicólogo hospitalar, a citar:

1. Função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital.

2. Função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.

3. Função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente.

4. Função de enlace: intervenção, por meio do delineamento e da execução de programas, junto a outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.

5. Função assistencial direta: atua diretamente com o paciente.

6. Função de gestão dos recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização.

Sobre as especificidades e atribuições do psicólogo hospitalar, ainda vamos retomar o assunto em outras oportunidades ao longo da disciplina. Vamos nos ater agora aos aspectos da formação profissional e ao perfil de um psicólogo hospitalar.

Pensar na formação em psicologia hospitalar remete pensar na própria formação em psicologia. Atualmente, grande parte

das graduações em psicologia no país apresenta um modelo estritamente clínico ou social, são poucas as que fornecem teoria e técnica suficientes para atuação em hospitais. O profissional que deseja trabalhar nessas instituições precisa investir em uma formação própria, que vai desde as escolhas de disciplinas que se relacionam à saúde até uma formação pessoal que sustente essa prática. O trabalho em hospital exige uma visão ampla da tríade paciente-família-equipe (ou instituição). Também se faz necessário olhar para o processo saúde-doença não a partir do modelo biomédico, mas abrangendo uma perspectiva que leve em consideração o social, o econômico, o cultural, o espiritual, o emocional e o ético (MÄDER, 2016). É preciso olhar não só para a doença, mas para o doente em si. O profissional deve estar comprometido também socialmente, atento aos problemas de saúde de sua região e pensar criticamente sobre como pode ajudar na assistência a esses pacientes. A condição de atuar em equipe, ouvir os outros profissionais e estabelecer metas conjuntas também é frequentemente apontada como um ideal.

Atualmente, encontramos diversos caminhos e trajetórias que podem servir de busca para o profissional ou estudante que tem interesse pela área, já que nos principais hospitais do país existem diversas modalidades de cursos em psicologia hospitalar. Existem cursos de curta duração ou módulos interessantes sobre temas pertinentes à área, cursos mais longos de especialização, aprimoramento ou residência em psicologia hospitalar. Esses cursos podem servir como uma ponte entre a graduação e o mundo profissional propriamente dito. Por meio deles, o aluno pode entrar em contato mais direto com a prática e vivenciar o dia a dia de um psicólogo hospitalar, a fim de fazer suas escolhas e seus investimentos na carreira com maior propriedade.

Outro ponto fundamental a ser tratado é que a psicologia hospitalar, apesar de ter desenvolvido uma teorização própria em cima dos objetos estudados, do processo de hospitalização, do conceito saúde-doença e do trabalho em equipe e institucional, não é uma linha teórica dentro da psicologia, pois não apresenta técnicas clínicas e de psicoterapia próprias. O psicólogo hospitalar necessita, paralelamente à sua formação, ter claras suas visões de humanidade e subjetividade e investir também em seu aprendizado dentro da sua linha teórica escolhida. É a linha teórica que vai fundamentar suas práticas clínicas e abordagens, sejam elas nos consultórios, nas escolas, nos hospitais, nos postos de saúde ou em qualquer outro ambiente de trabalho clínico.

Exemplificando

Sobre as diferentes linhas teóricas.

O Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-08) publicou, em 2007, o Manual de Psicologia Hospitalar, contendo diversos subsídios e pontos de referência para os profissionais e estudantes da área. A partir da página 35 do manual, é explorado o tema das diversas abordagens teórico-clínicas que fundamentam o trabalho em psicologia hospitalar. O manual explora as seguintes abordagens teóricas: behaviorismo, gestalt, neuropsicologia, psicanálise, psicodrama, psicologia analítica e terapia sistêmica. Nele, são abordadas as principais contribuições de cada linha de pensamento, bem como algumas ideias e exemplos acerca de cada prática dentro da instituição hospitalar.

O manual pode ser consultado no seguinte endereço eletrônico:

<www.portal.crppr.org.br/download/164.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

Por fim, cabe a reflexão de que trabalhar em hospital é trabalhar em equipe. Para isso, é necessário aprendizado, habilidade de escuta e comunicação. O contato diário com o sofrimento do outro mobiliza nos profissionais suas próprias angústias e questões. É necessário conhecê-las para conseguir diferenciar o próprio mal-estar daqueles dos pacientes, família ou equipe. Dessa forma, paralelo à formação técnica e teórica, com supervisões e estudos, é fundamental o processo terapêutico pessoal do profissional que se coloca em uma posição tão próxima de assuntos complexos e mobilizadores, como a morte e a finitude humana.

Sem medo de errar

Retomando a situação-problema apresentada no início desta seção de estudos, lembramos que lhe foi solicitado auxiliar Cristina a apresentar um projeto de implementação de um serviço de psicologia hospitalar para a instituição na qual ela é gestora. Depois de estudar sobre a história da psicologia hospitalar e os principais propósitos dessa prática, você, com certeza, conseguirá expor em linhas gerais para a equipe gestora do hospital os propósitos dessa área.

Uma boa dica será resgatar os temas tratados como relevantes nos primórdios das práticas dos psicólogos na assistência em saúde. Atualmente, nos sites dos principais hospitais do país, você pode encontrar uma página do serviço de psicologia quando ele existe instituído oficialmente. Pode ser interessante pesquisar e perceber as

diferenças na organização da psicologia hospitalar dentro de diferentes instituições. As páginas dos grandes hospitais-escola vinculados às universidades podem ser um bom começo de busca. No site do Ministério da Educação, é possível encontrar uma relação atualizada dos hospitais universitários divididos pelas regiões do país. Disponível em: <portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>. Acesso em: 7 jul. 2017.

Não se esqueça de que você estará tratando com profissionais não necessariamente psicólogos, então, procure apresentar o projeto de implementação do serviço de psicologia hospitalar com uma linguagem clara e focar nos aspectos positivos e nas melhorias que o serviço poderia trazer à instituição. As contribuições da psicologia para a prática médica também podem ser valorizadas nessa apresentação. Caso sinta necessidade, pesquise mais sobre assuntos e temas pertinentes às interseções das áreas (como psicossomática, psicologia médica, interferência do estresse na saúde física etc.). Lembre-se de que o discurso médico é protagonista na maioria dos hospitais até hoje em dia!

O pensamento atual sobre práticas em saúde, como as ações de humanização e trabalho em equipe multidisciplinar propostos pelo SUS, também pode ser um importante ponto de argumentação para sua apresentação. Uma visita ao site do Ministério da Saúde <(portalsaude.saude.gov.br)> pode lhe render boas ideias sobre esse tópico! No endereço eletrônico, você encontra uma biblioteca virtual com muitas publicações sobre o tema. Bom trabalho!

Avançando na prática

A formação de um psicólogo hospitalar

Descrição da situação-problema

Como discutido ao longo desta seção, o percurso de formação de um psicólogo hospitalar envolve várias etapas. Existe uma chance de que o início de um novo caminho profissional esteja se dando neste exato momento, afinal, esta disciplina pode estar sendo seu primeiro contato com as ideias e a prática da psicologia hospitalar.

As oportunidades e trajetórias a serem percorridas são as mais diversas possíveis, mas nesta situação-problema propomos uma atividade que pode, inclusive, lhe ajudar futuramente. Que tal averiguar a cidade ou a região em que você mora para levantar as possibilidades de aprofundamento nessa área?

Realize um levantamento das oportunidades de estudo ou outras pertinentes à formação de um psicólogo hospitalar. Essa atividade pode até mesmo lhe render uma nova compreensão acerca do mercado de trabalho ou de um percurso que, futuramente, você mesmo poderá vir a ter o desejo de percorrer!

Resolução da situação-problema

O principal ponto de partida para a tarefa proposta poderia ser buscar online ou presencialmente as oportunidades de estudo dentro da psicologia hospitalar. Existem cursos rápidos, cursos de férias, ou até mesmo cursos mais profissionalizantes ou de especialização na área. Alguns hospitais, como os principais hospitais-escola do país, geralmente vinculados a universidades, contam com vagas em aprimoramento ou residência em psicologia hospitalar. Esses cursos podem oferecer, inclusive, financiamento de bolsas para o aprimorando/residente.

Outra possibilidade seria entrevistar colegas, professores ou profissionais que, de alguma forma, têm ou já tiveram contato com a área. Essas informações podem ser preciosas ao longo de sua formação caso você de fato desenvolva um interesse pela área, e nem sempre chegam de forma tão acessível, é realmente necessário pesquisar.

Faça valer a pena

1. Existem algumas disparidades e controvérsias sobre os termos psicologia da saúde e psicologia hospitalar. No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia reconhece, a partir do ano 2000, apenas a psicologia hospitalar como especialidade profissional.

Sobre os termos psicologia da saúde e psicologia hospitalar, é correto afirmar:

a) A psicologia da saúde origina-se, primeiramente, no tempo, sendo que, após evoluções nas práticas e análises oriundas dos próprios profissionais, convencionou-se chamar de “psicologia hospitalar”.

b) Razões sociais e relacionadas à compreensão e dinâmica do sistema de saúde vigente nos anos 1950 levaram à predominância do termo psicologia hospitalar no cenário brasileiro.

c) Tratam-se de práticas distintas: enquanto a psicologia hospitalar debruça-se sobre as influências emocionais da vivência de hospitalização dos pacientes, a psicologia da saúde estuda os processos psicossomáticos de saúde-doença.

d) São diferentes no âmbito do nível de atenção em saúde: psicologia hospitalar diz respeito aos níveis de atenção primário e secundário,

enquanto que a psicologia da saúde é praticada a nível terciário nas UBS (os antigos postos de saúde).
e) Não existem diferenças entre os termos e as práticas, ficando a critério do profissional a escolha de qualquer um deles.

2. Criada em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU). Em sua fundação, a OMS apresenta uma inovação na maneira de definir o conceito de saúde.
Sobre a definição do conceito de saúde proposto pela OMS:
I. Leva em consideração aspectos emocionais e psicológicos.
II. Prioriza o bem-estar físico perante o mental/social, uma vez que define como saudável a ausência de enfermidade ou invalidez.
III. Saudável é aquele indivíduo que se considera como tal. Ou seja, é um estado subjetivo do ser.
IV. Saúde é um bem individual e não um valor coletivo da comunidade.
É correto o que se afirma em:
a) I, II, III e IV.
b) II, apenas.
c) III e IV, apenas.
d) I, apenas.
e) I, II e IV, apenas.

3. A Resolução do n° CFP 02/2001 altera e regulamenta a Resolução CFP n° 014/2000, que institui o título profissional de especialista em psicologia, sendo uma das especialidades a psicologia hospitalar. De acordo com essa resolução, julgue os itens a seguir como verdadeiros (V) ou falsos (F), considerando as atribuições, os procedimentos ou as práticas do psicólogo hospitalar:
( ) Desenvolve atendimentos terapêuticos, em diversas modalidades, tais como psicoterapia individual, de casal, familiar ou em grupo, psicoterapia lúdica, terapia psicomotora, arteterapia, orientação de pais e outros.
( ) Trabalha em equipe multidisciplinar e participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe.
( ) Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente.
( ) Pode atuar em instituições de ensino superior ou centros de pesquisa, visando à complementação da formação de outros profissionais de saúde.
( ) Realiza atendimentos em psicoterapia apenas quando solicitados pela equipe médica, principal responsável e avaliadora dos casos.
( ) São isentos de participar dos atendimentos nas unidades de terapia intensiva (UTI), devido à alta complexidade médica e ao risco de morte dos pacientes.
Assinale a alternativa com a sequência correta:
a) F – V – V – V – F – F.
b) V – F – V – F – V – V.
c) V – V – V – V – V – V.
d) F – F – F – V – V – V.
e) F – V – F – V – F – F.

Seção 1.2

A prática do psicólogo hospitalar

Diálogo aberto

Após a adesão dos diretores do hospital ao projeto de implementação do serviço de psicologia hospitalar proposto por Cristina, novos desafios colocaram-se à sua frente. Por estar em consonância com os preceitos do HumanizaSUS — a Política Nacional de Humanização — e depois de consultar a legislação brasileira sobre a prática da psicologia hospitalar, bem como considerarem-se "atrasados" em relação às outras instituições hospitalares do país, todo o comitê de gestão aprovou o projeto. Cristina, sabendo que seu ideal fora encaminhado às instâncias superiores e logo seria colocado em prática no hospital, lembra-se do período (e dos obstáculos que passou) durante sua graduação em psicologia, quando fora estagiária em um centro de hemodiálise, e sabe dos novos desafios que serão encontrados pela frente. Começa, então, a pensar sobre a inserção dos novos profissionais nas diversas equipes de trabalho do hospital.

Por se tratar de um hospital geral, as equipes de trabalho são divididas no que diz respeito à especialidade médica tratada ou ao contexto de trabalho da equipe. Cristina decidiu seguir a mesma divisão já realizada pelo hospital e incluir um psicólogo em cada equipe de especialidade. Não conseguindo atender a todas as especialidades, debruçou-se para pensar nas equipes as quais ela acreditava que poderiam se beneficiar com a inclusão de um psicólogo hospitalar e selecionou as seguintes: cardiologia, oncologia, pediatria, infectologia e AIDS, nefrologia e centro de hemodiálise, psiquiatria, UTIs (adulta e infantil), pronto socorro e maternidade. Cada uma dessas equipes é composta por um médico-chefe e outros profissionais de saúde de acordo com a especificidade da área (outros médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas etc.).

Seu papel, agora como ajudante de Cristina nessa empreitada, é selecionar ao menos uma das equipes do hospital e buscar contato com seus integrantes para investigarem e pensarem juntos como seria a atuação de um psicólogo hospitalar incluído nessa especialidade de cuidados. Não se esqueça de pesquisar e conhecer previamente

algumas características da especialidade ou do local de trabalho no hospital escolhido para também ser capaz de propor como seria a dinâmica de trabalho. Procure focar em demonstrar para as equipes como a prática de um psicólogo hospitalar acrescentaria e poderia ajudá-los nos cuidados dos pacientes.

Não pode faltar

Na seção de estudos anterior, acompanhamos o percurso histórico de como os hospitais vieram a se tornar os grandes centros de saúde que conhecemos hoje. Também estudamos sobre os momentos iniciais da inserção do psicólogo nessas instituições. Agora, vamos conhecer mais sobre o estado atual da prática em psicologia hospitalar, caracterizando melhor o saber e o fazer desses profissionais. Silva (2006) afirma a importância de os psicólogos conhecerem a atual situação e organização do sistema de saúde do país, bem como as políticas, práticas e cultura de saúde das instituições em que atuam. Com a expansão para fora das práticas psicológicas privadas ("psicoterapia de consultório"), a psicologia muda de postura, indo além do cuidado em saúde mental, tornando-se uma profissão de cuidado integral aos indivíduos. Por isso, novamente, vamos partir de uma caracterização de como os hospitais são organizados no Brasil atualmente.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é dividido por níveis de atenção. A proposta dessa descentralização é promover um melhor atendimento com maior abrangência à população como um todo (PAIM, 2009). Sendo assim, o SUS é organizado em três níveis de atenção à saúde:

No **nível de atenção primário**, as ações buscam a prevenção de doenças e a preservação do bem-estar nas diversas comunidades. Essas ações costumam acontecer, mas não se restringir às Unidades Básicas de Saúde (UBS), estendendo-se a diferentes espaços da comunidade (como escolas, centros de convivência, centros de lazer etc.). Além da educação em saúde (sobre hábitos de vida saudáveis, higiene e sanitarismo básicos e ações voltadas à vacinação), na atenção primária também são realizadas consultas (médicas e com outros profissionais, inclusive psicólogos), exames e procedimentos mais simples (hemograma, curativos etc.). Não é um espaço de grande tecnologia em saúde, e a atenção dos profissionais fica mais voltada a um diagnóstico e uma terapêutica mais simples. Outro

propósito dessa divisão é evitar que centros especializados e com alta tecnologia fiquem sobrecarregados com casos de resolução não tão complexa ou menos urgentes. A proposta dessa organização é deixar o SUS mais eficiente.

Já o **nível de atenção secundário** compreende as unidades de pronto atendimento (UPAs), hospitais e atendimentos especializados de média complexidade. Ficam a cargo do tratamento de adoecimentos crônicos e agudos, com maior possibilidade de tratamento e acesso à tecnologia. Os casos recebidos pelo nível primário, quando necessário, são encaminhados para tratamento nas instituições de nível secundário, como os ambulatórios anexos aos centros hospitalares, por exemplo.

O **nível de atenção terciário** compreende hospitais de grande porte e de alta complexidade. São centros de tratamento com maior acesso à tecnologia, possuindo aparelhos para exames ou tratamento mais complexos (como ressonância magnética, hemodiálise e hemodinâmica). Nesses grandes centros hospitalares, também são realizadas cirurgias e manobras mais invasivas, com internações que costumam ser mais prolongadas.

É previsto pela organização da gestão em saúde no Brasil que os hospitais particulares e de iniciativa privada complementem a saúde pública, ainda que o setor privado não siga os preceitos e as diretrizes do SUS propriamente ditos. O esperado é que eles façam uso ou se inspirem nas filosofias de práticas de saúde instituídas pelo SUS, a fim de que um complemente o outro no atendimento à população. Alguns centros hospitalares privados contam com clínicas menores ou ambulatórios que constituem sua rede de atendimento. As práticas dos psicólogos hospitalares nesses centros se assemelham com as dos psicólogos da rede pública de atendimento. É também prevista por lei a existência de autarquias, fundações ou organizações sociais de saúde (OS), as quais, por iniciativa privada ou contratação direta de municípios, por exemplo, realizam a administração de unidades de saúde (básica ou hospitalares). Muitas vezes, a contratação de profissionais, entre eles psicólogos hospitalares, é realizada por meio dessas OS.

Pesquise mais

Conhecer a dinâmica, os preceitos e as diretrizes que regem os processos em saúde é muito importante para o profissional psicólogo, esteja ele inserido no trabalho particular, na gestão pública ou na assistência em saúde de um município. Uma dica valiosa: com certeza, você vai ser solicitado sobre esses conhecimentos em concursos públicos ou processos seletivos que pode vir a prestar após sua graduação, então, já pode ir se atentando para essas questões desde já!

Nos endereços eletrônicos do SUS e da Fundação Oswaldo Cruz, você pode encontrar cartilhas e livros que explicam de maneira bastante didática e concisa esse funcionamento. Para um primeiro contato com o material, essas três produções podem ser um bom ponto de partida:

1) *Entendendo o SUS*, disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2017.

2) *O SUS de A a Z*, disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2017.

3) *O que é o SUS*, disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 9 abr. 2017.

Desde os primórdios da inserção dos psicólogos nos hospitais, ficou evidente que as estratégias de intervenção junto aos pacientes hospitalizados atendiam a uma demanda própria das necessidades dos hospitais ou especialidade médica em que os atendimentos aconteciam. Silva (2006) cita o exemplo de Mathilde Neder, uma das pioneiras da psicologia hospitalar no Brasil (década de 1950), quando se viu na necessidade de adaptar a técnica da psicoterapia psicanalítica para atendimentos de curto prazo, visto que seus pacientes logo vinham a ter alta médica e hospitalar. Mathilde Neder acabou desenvolvendo, teorizando e buscando referências com outros colegas profissionais para esses atendimentos de curto prazo ou focados na questão da hospitalização, e também acabou sendo uma das pioneiras da prática no que, posteriormente, fora designado e teorizado em outros contextos como “psicoterapia breve”. Essa modalidade de atendimento, que também encontrou respaldo teórico em outros profissionais internacionalmente, vem sendo empregada com sucesso nos casos em que o paciente necessita de atenção psicológica em função da hospitalização ou do

adoecimento e opta-se por manter o foco nessas questões durante os atendimentos no hospital. Profissionais que se utilizam desse método trabalham encaminhando pacientes para outros centros de atendimento da comunidade quando não podem dar continuidade na própria instituição hospitalar ou quando são reconhecidos conflitos emocionais de outra ordem.

Outras técnicas e práticas psicológicas também sofreram modificações ou são desenvolvidas com a entrada do psicólogo no hospital. Além do limite imposto pelo tempo de permanência do paciente, colocam-se as necessidades do trabalho em equipe multiprofissional, a mediação na comunicação paciente-familiar-equipe, a elaboração e o trabalho em rede com os outros recursos de saúde e terapêuticos da comunidade e a atenção aos pacientes aliada ao trabalho com familiares (SILVA, 2006). Entende-se que aquele paciente hospitalizado não é o único privado de sua vida cotidiana e em angústia psíquica, pois a família também é alvo das consequências daquela hospitalização (falamos de um pai ou mãe provedores, o bebê recém-nascido esperado por todos etc.). A teoria familiar sistêmica acrescenta também novas compreensões acerca da família como um sistema interligado e abalado em conjunto na experiência de hospitalização de algum de seus membros. Ainda segundo Silva (2006), antigos temas frequentes na prática psicológica, como qualidade de vida, morte e morrer, mecanismos de defesa (como negação, barganha, entre outros – falaremos mais sobre eles em uma próxima seção de estudos), acabam adquirindo, no hospital, nova importância e significados comparados ao *setting* terapêutico de consultório.

Para além da otimização do tempo e do trabalho, devido ao crescimento da demanda de atendimento nas instituições hospitalares e de saúde, o trabalho em grupo também é apontado como uma demanda desse novo *setting*. Novas técnicas, como os grupos de apoio, foram difundidas em diversos momentos e contextos da internação: grupos de apoio para familiares, grupos de apoio para pacientes em uma enfermaria específica, grupos mistos informativos e terapêuticos com participação da equipe multiprofissional. Romano (1999), citada por Silva (2006), traz a hipótese de que esses grupos proporcionam aos familiares ou pacientes uma percepção de que não estão sós e de que a possibilidade de compartilhar suas experiências com outras pessoas pode reduzir a ansiedade, além de servirem como

informativos em alguns momentos, trazendo novas compreensões acerca da doença e do tratamento por parte da equipe participante.

As ferramentas que o psicólogo hospitalar possui em sua bagagem profissional, os chamados recursos teórico-metodológicos, não se constituem como únicos na prática em hospitais. Entretanto, é sempre exigido do profissional psicólogo flexibilidade para aplicar suas competências nos mais variados *settings*. A imagem clássica "divã – poltrona do analista" é muito diferente do enquadre que o profissional encontra nas instituições hospitalares para trabalhar: leito de pronto socorro com vários pacientes ao redor, atendimento lúdico infantil na enfermaria pediátrica com outras crianças desejando "brincar junto", atendimento aos familiares no próprio corredor da UTI ou junto ao paciente desacordado, grupos com interrupções e novos participantes chegando a qualquer momento, entre muitas outras.

Além do ambiente físico, também é necessário levar em consideração as especificidades e necessidades da equipe de trabalho. Vejamos, por exemplo, um psicólogo que atua junto a profissionais nutricionistas e outros em um centro especializado em cirurgia bariátrica. Além de voltar seus estudos teóricos para as questões emocionais em torno da obesidade, ele também deve conhecer técnicas específicas e os protocolos de avaliação para essa cirurgia, bem como ter certa dose de criatividade para propor e adequar suas ações às demandas daquela equipe específica (algumas ideias a citar: acompanhamento psicoterápico pós-operatório de médio prazo, grupos de pacientes em fila de espera ou preparação cirúrgica, intervenções didático-pedagógicas com a equipe sobre a psicodinâmica da obesidade, grupos terapêuticos sobre compulsão alimentar, reuniões informativas em conjunto com a equipe de nutrição sobre hábitos alimentares, entre outros).

Exemplificando

O *Caderno de Psicologia Hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão*, produzido pelo CRP de Curitiba em 2016, traz, a partir da página 29, um compilado completo e atual sobre as principais portarias do Ministério da Saúde que regulam o exercício da prática profissional do psicólogo hospitalar nas mais diversas equipes e especialidades. Segundo a publicação, "a intenção é que o conhecimento das mesmas (...) instrumentalize as(os) profissionais nas discussões com

seus gestores, para ampliação de suas equipes e validação da Psicologia junto aos diferentes setores e especialidades" (MÄDER, 2016, p. 29).

Citamos aqui as propostas e possibilidades de inserção do profissional psicólogo nos diferentes setores hospitalares, pois para cada equipe desses setores é prevista a atuação de ao menos um psicólogo hospitalar: atendimento à doença celíaca, pessoas com deficiência auditiva, cuidado da pessoa com doença renal crônica, unidade de terapia intensiva, oncologia, processo transexualizador, atenção à saúde na gestação de alto risco, atenção domiciliar, assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, prevenção e tratamento aos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, traumatologia e ortopedia, HIV/AIDS, reabilitação e atenção oftalmológica, implementação do método canguru, saúde da pessoa idosa, doação de órgãos, doença neurológica, transplante de células tronco-hematopoéticas, cirurgia cardiovascular, osteogenesis imperfecta, atendimento em Hospital Dia, atendimento a queimados, implante coclear, pacientes crônicos, portadores de má-formação lábio-palatal.

Para ler as portarias regulamentadas detalhadamente, com sugestão de ações e números de profissionais envolvidos na equipe, consulte o documento completo, disponível no site: <portal.crppr.org.br>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MÄDER, B. J. **Caderno de Psicologia Hospitalar**: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. Curitiba: CRP-PR, 2016.

Assim como a psicologia constitui-se em uma ciência voltada ao estudo do ser humano e dirige sua atenção e prática para muitos ambientes e instituições da sociedade (por que não dizer: todos aqueles em que existem seres humanos em interações entre si e o ambiente), também a psicologia hospitalar volta sua atenção aos agentes humanos envolvidos nos processos de hospitalização e saúde-doença. Os pacientes diferem não apenas quanto ao diagnóstico médico que os leva ao hospital, mas também quanto à faixa etária, ao nível socioeconômico, à escolaridade, à afinidade e à aproximação com suas próprias questões emocionais, apoio familiar ou social recebido, entre outras variáveis. Cabe ao profissional em psicologia hospitalar estar preparado e aberto para receber e acolher todas essas demandas de trabalho.

Mas o que faz um psicólogo hospitalar?

Segundo um estudo sobre as competências da psicologia hospitalar realizado por Rosa (2005), as intervenções psicológicas realizadas costumam ser de apoio, orientação ou psicoterapia. A autora lista como objetivos mais comuns:

Avaliar o estado emocional do paciente; esclarecer sobre dúvidas quanto ao diagnóstico e à hospitalização; amenizar angústias e ansiedades frente a situações desconhecidas; trabalhar vínculo mãe-bebê; trabalhar aspectos da sexualidade envolvidos na doença e no tratamento; preparar para cirurgia; garantir adesão ao tratamento; auxiliar na adaptação à nova condição de vida imposta pela doença; orientar os pais sobre maneiras mais adequadas de informar as crianças sobre a hospitalização ou morte de um familiar e facilitar o enfrentamento de situações de morte e de luto (ROSA, 2005, p. 61).

Apesar de serem levantados, neste estudo, pontos e situações muito comuns da prática diária de um psicólogo hospitalar, sabemos que eles não se esgotam em si. A demanda para a intervenção e um olhar psicológico pode ser identificada pelo próprio psicólogo, por qualquer outro profissional da equipe ou até mesmo pelos próprios pacientes e familiares. Cabe, então, uma escuta apropriada para procurar entender aquele pedido. Mas de que se trata esse "olhar psicológico" do que falamos?

Sabemos que o principal objetivo da psicologia hospitalar é oferecer uma escuta ao sujeito adoentado, proporcionar um espaço para que ele (ou envolvidos, como seus familiares) fale sobre si, sobre sua doença, sua vida ou sua morte, seus desejos, temores, fantasias, aquilo que lhe é mais subjetivo. Alguns autores (MORETTO, 2001; SIMONETTI, 2011) falam sobre um "resgate à subjetividade" do paciente.

O "tratamento" que um psicólogo hospitalar oferece é muito diferente daquele oferecido pela medicina, pois não se fala em "cura", não temos um objetivo dado a priori. Simonetti (2011) expõe que a psicologia hospitalar se propõe a "ajudar o paciente a fazer a travessia da experiência do adoecimento, mas não diz onde vai dar essa travessia" (p. 19). Trata-se de um acompanhamento como um ouvinte privilegiado, nas palavras do autor. Os objetivos da medicina e da psicologia hospitalar se diferem muito nesse sentido: uma não está no hospital em função da outra, nem para melhorar ou ajudar o trabalho da outra.

Reflita

Sobre as relações entre a filosofia da medicina e a filosofia da psicologia, Simonetti (2011) escreve: "O psicólogo pode fazer muito pouco em relação a doença em si, este é o trabalho do médico (...)" (p. 20).

Você concorda inteiramente com essa proposição do autor? Essa frase foi interrompida logo antes de o autor escrever sobre o trabalho do psicólogo em contraponto ao trabalho do médico. Como você completaria ou contestaria essa frase?

Quando falamos em subjetividade nesse contexto, como sendo o foco da psicologia, precisamos lembrar que a ciência médica é toda construída em cima da objetividade. Fica fácil perceber isso quando lembramos dos exames médicos, hemogramas, microscópios, pesos, medidas, as cirurgias são observadas, as células estão ou não doentes. Para cumprir sua tarefa, o profissional médico precisa excluir de forma sistemática a subjetividade da sua prática. Segundo Moretto (2001), essa exclusão da subjetividade deixa uma "enxurrada" de emoções, sentimentos, fantasias e afetos escamoteados (de ambos os lados, tanto dos médicos quanto dos pacientes). E é justamente em cima dessas questões "não ditas" que o profissional psicólogo encontra seu espaço.

Sem medo de errar

Retornando à situação-problema apresentada nesta seção, lembramos que Cristina deveria apresentar modelos de intervenção e pensar como um psicólogo hospitalar poderia trabalhar em, ao menos, uma das equipes do hospital. Um caminho importante para realizar essa tarefa seria conhecer um pouco mais a dinâmica de trabalho e os pacientes de quem a equipe escolhida trata. Você pode pesquisar um pouco mais sobre a especialidade de sua escolha, as principais doenças tratadas e pensar em intervenções específicas para esses pacientes. Algumas equipes trabalham com pacientes cirúrgicos, outras são mais focadas em tratamento medicamentoso com pacientes crônicos, e essas características também devem ser levadas em consideração.

Você estudou no item *Não pode faltar* desta seção sobre algumas ações específicas da psicologia hospitalar. Retorne a elas e pense em como adaptar essas práticas ao cotidiano da equipe em questão.

Também seja criativo e pense em novos modelos de assistência, seja com os pacientes, familiares ou com os próprios profissionais da equipe, individual ou em grupo. As possibilidades são inúmeras!

Para te auxiliar nessa tarefa, podemos tomar como exemplo uma equipe multiprofissional em uma UTI clínica de um hospital geral. Podemos pensar em alguns questionamentos, como: quais são os profissionais que trabalham em uma UTI e compõem essa equipe? Qual o perfil clínico de um paciente de uma UTI? Como deve se sentir um paciente adulto/criança internado há muitos dias nesse setor? E seus familiares? Quais podem ser as maiores dificuldades encontradas, tanto pelos pacientes quanto pela equipe de cuidados, em um setor que atende a pacientes graves? Com quais questões emocionais estamos lidando? Em que situações pacientes, equipe e familiares poderiam se beneficiar do contato com um psicólogo? Na bibliografia desta seção, principalmente no trabalho de Rosa (2005), você pode encontrar mais exemplos e informações sobre os modelos de intervenção de psicólogos hospitalares caso sinta necessidade de maiores diretrizes nessa atividade. Bom trabalho!

Avançando na prática

Mas doutor, por que tantos remédios?

Descrição da situação-problema

Em um retorno ao ambulatório de pediatria, fica claro para a equipe médica que os pais de uma criança de 3 anos de idade com diabetes do tipo 1 não estão seguindo as recomendações de tratamento medicamentoso recomendadas à criança. Em um rápido pedido de interconsulta, uma psicóloga hospitalar é convocada pela equipe para entrevistar os pais e explicar a necessidade das três aplicações diárias de insulina. Sendo essa toda a informação que a equipe passa à psicóloga sobre o tratamento e confusa sobre sua função e como melhor dialogar com essa família, ela resolve buscar conhecimento acerca da farmacologia e do funcionamento da insulina no organismo da criança. Munida de uma verdadeira aula de farmácia e interações medicamentosas, a psicóloga questiona-se qual seria a melhor abordagem para entrevistar a família: ser mais afetuosa ou ir pronta para dar uma "bronca"? O que você pensa sobre essa escolha de intervenção? Como seria sua atitude diante de uma situação parecida?

Resolução da situação-problema

Em sua prática, o psicólogo hospitalar deve desejar que o paciente fale. É em cima dessa fala que podem ser compreendidas a dinâmica e as relações subjetivas que os pacientes ou familiares estabelecem com o processo de adoecimento. Nesta situação-problema, não existem dados ou informações sobre as fantasias, os temores e os reais motivos que levaram os pais a não medicarem adequadamente a criança ou até mesmo se de fato eles não a estão medicando.

A razão clínica para uma não adesão ao tratamento, provavelmente, decorre de vivências psicológicas ou sociais que o profissional psicólogo só terá acesso se for "desarmado" no encontro com o paciente/familiar.

Quais são os dados que se tem sobre o caso em questão? Será que eles são suficientes para uma compreensão do que está se passando? O que interessa, e muito, para um psicólogo hospitalar em um caso como esse reside justamente nas perguntas que a equipe médica não chegou a questionar. O necessário aqui é conhecer a família/paciente, mas será que os dados fornecidos pela equipe trazem algo da dinâmica familiar? Alguns exemplos de questionamentos: como será que eles chegaram àquela internação? Quem seriam os membros daquela família e como eles interagem entre si? O que conhecem sobre a doença e o tratamento? Como se relacionam com a criança e sua doença? Como estariam se sentindo nesse momento? Um psicólogo pode basear sua compreensão do caso apenas nas informações que a equipe de cuidados traz?

Faça valer a pena

1. Sobre a organização do sistema de saúde e as instituições hospitalares no Brasil, é correto afirmar:

a) O nível de atenção primário é considerado a porta de entrada dos pacientes no SUS. São instituições de nível de atenção primário: pronto socorro e outras instituições de emergência e urgência.

b) As instituições hospitalares são do nível de atenção secundário ou terciário de acordo com o nível de complexidade médio ou alto dos tratamentos realizados.

c) Os profissionais psicólogos apenas atuam no nível de atenção primário, prestando consultas, avaliações e psicoterapia.

d) Ambulatórios de saúde e ações voltadas à saúde mental, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), fazem parte do nível de atenção terciário por oferecerem tratamentos mais específicos e menos generalistas.
e) Os três níveis de atenção em saúde (primário, secundário e terciário) são independentes uns dos outros, não existe uma rede ou fluxo de atendimento/encaminhamento de pacientes entre eles.

2. A psicoterapia breve é uma técnica de atendimento psicológico que prioriza o atendimento em um foco ou questão específica. Sobre o uso dessa técnica no contexto hospitalar, é correto afirmar:
a) Psicólogos hospitalares fazem uso dessa técnica única e exclusivamente pelo limite de tempo imposto pela hospitalização e alta do paciente.
b) A psicoterapia breve surge na história das técnicas psicológicas como uma demanda das instituições hospitalares, pois se revelou um método adequado para se trabalhar com pacientes adoecidos.
c) O uso da psicoterapia breve no contexto hospitalar é difundido, pois permite focar nas questões envolvidas com o adoecimento e a hospitalização.
d) A psicoterapia breve é utilizada com pacientes em estado de saúde fragilizado que não toleram sessões de longa duração.
e) Todos os psicólogos hospitalares trabalham com a técnica de psicoterapia breve.

3. Sobre as relações entre a prática médica e psicológica dentro dos hospitais, julgue os itens a seguir como verdadeiros (V) ou falsos (F):
( ) A medicina é marcada pela objetividade, com foco na doença em si.
( ) A psicologia estuda as produções subjetivas, com foco nas experiências e vivências dos pacientes.
( ) Um papel importante do psicólogo hospitalar é o trabalho com as palavras, ficando ele a cargo de toda a comunicação com os pacientes e familiares, inclusive notícias de óbito.
( ) É responsabilidade tanto do médico quanto do psicólogo averiguar a compreensão do paciente acerca do seu processo de adoecimento e tratamento.
( ) A adesão ao tratamento é um tópico de atenção apenas do médico, assim como averiguar e garantir se os pacientes estão tomando a medicação corretamente.
Assinale a alternativa com a sequência correta:
a) V – V – V – V – V.
b) V – V – F – V – V.
c) F – F – V – F – V.
d) F – F – F – V – F.
e) V – V – F – V – F.

Seção 1.3

Equipes e trabalho multidisciplinar

Diálogo aberto

O projeto de implementação do serviço de psicologia hospitalar proposto por Cristina tem sido um sucesso! Com surpreendente aprovação e adesão de todos os envolvidos, da gestão do hospital e até dos médicos-chefes das equipes, parece que tudo vai ser colocado em prática dentro de pouco tempo. Até mesmo os processos de contratação desses novos profissionais já vêm sendo estruturados pela equipe de Recursos Humanos do hospital, que conta também com a ajuda de Cristina.

Pensando na inclusão desses novos profissionais nas equipes, Cristina conta com sua colaboração para uma nova etapa prática de implementação do seu projeto. Ela retoma novamente os períodos de sua formação como estagiária em um centro de hemodiálise, e lembra como era difícil explicar seu trabalho para a equipe do centro com a qual convivia diariamente. Lembra-se das enfermeiras angustiadas, que a procuravam para pedir auxílio com os pacientes, os quais pareciam muito deprimidos e passavam toda a sessão de hemodiálise chorando; lembra-se dos médicos que a procuravam para "dar um jeito" nos pacientes que faltavam às sessões de hemodiálise; e até mesmo de uma reunião que fora chamada para "convencer um paciente" que não queria aceitar o transplante renal ao qual era candidato. Se era difícil para ela mesma, em alguns momentos, entender sua função ali, em meio a tanto sofrimento orgânico, mas também emocional, imagina para os outros profissionais!

Os novos profissionais psicólogos, futuros integrantes das equipes e selecionados mediante um concurso público elaborado pela gestão do hospital junto à prefeitura do município, chegariam a qualquer momento, e Cristina tem uma ideia de como poderia ser a integração e a apresentação desses novos profissionais às suas equipes de trabalho. Para essa integração, ela pede que você proponha atividades em grupos organizados como você julgar melhor: entre equipe de trabalho, entre categorias profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos etc.) ou em grupos mistos, mas sempre com a presença de

ao menos um psicólogo hospitalar novo nesse grupo. Essas reuniões funcionariam como uma roda de discussão acerca do trabalho do psicólogo hospitalar e do que os outros profissionais podem esperar dele. Cristina espera que as rodas de discussão não sejam uma aula sobre o "papel do psicólogo hospitalar", mas sim um espaço para também se ouvir as expectativas, os preconceitos, os estigmas e as sugestões dos outros profissionais na equipe. Seu papel aqui é:

- Elaborar uma *checklist* de temas a serem abordados.

- Enfatizar o que você acredita que seja importante e não pode deixar de ser conversado nesses grupos.

- Imaginar os rumos que essas discussões podem tomar e dar direcionamentos para a conversa.

- Sugerir uma forma de apresentação dos profissionais, proporcionando uma rápida fala para aquecer a discussão sobre o seguinte tema: "o que esperar de um psicólogo hospitalar na sua equipe de trabalho?".

Vamos lá?

Não pode faltar

Vimos, ao longo desta unidade, características e peculiaridades do trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares. Você já sabe que, historicamente, os hospitais não foram sempre da mesma forma como são conhecidos hoje, assim como a organização dos trabalhos e dos diferentes agentes de saúde. Junto à evolução em suas técnicas e seu desenvolvimento como ciências, áreas como fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional também foram abrangendo sua atuação e conquistaram espaço dentro das instituições hospitalares.

A própria natureza da instituição hospitalar, uma organização complexa dentro do campo da saúde, pressupõe um nível de assistência aos pacientes e familiares com extensa divisão e coordenação de tarefas e funções. Essa situação enfatiza a necessidade do trabalho em equipe, como elucida Mäder (2016, p. 55):

> (...) entende-se atualmente que o que se pretende em relação à saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma tarefa multidisciplinar. Profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências,

> **agregar-se-iam em equipes de saúde tendo como objetivos comuns: estudar as interações somatopsicossociais e encontrar métodos que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.**

O trabalho em equipe é, atualmente, uma prática indiscutível quando se pensa a atuação em saúde. As equipes são caracterizadas pelo modo de interação presente na relação entre os profissionais (TONETTO; GOMES, 2007): interdisciplinar, multidisciplinar ou transdisciplinar.

Uma equipe **interdisciplinar** caracteriza-se pelo intercâmbio mútuo entre os diversos saberes, sem hierarquização, e o elemento que os une aqui seria o objeto de estudo: o paciente. A equipe **multidisciplinar**, formatação mais observada nas instituições hospitalares, é caracterizada pelo trabalho em conjunto de diferentes disciplinas, mas sem que elas se relacionem profundamente entre si: cada profissional realiza seu trabalho individualmente, de acordo com sua especialidade, em função de uma questão em comum; seria como olhar de maneiras e ângulos diferentes para o mesmo objeto de estudo: o paciente. As equipes **transdisciplinares** se organizam com o maior grau de interação e influência entre os diversos saberes que são compartilhados, e é esperada uma aprendizagem mútua que vai além da simples mistura de disciplinas: um novo saber; as decisões são sempre trabalhadas e tomadas em conjunto. Sabe-se que, na prática, poucos são os momentos em que se dá tão claramente essa distinção, e cada atividade específica pode ser caracterizada como um modo de interação (por exemplo: grupos com a participação de diversos profissionais podem ser multidisciplinares, interdisciplinares ou até mesmo transdisciplinares, a depender de como são construídos e do objetivo de cada profissional ali presente). Há expectativas de que os profissionais de saúde conheçam os trabalhos de seus colegas e sejam capazes de ultrapassar as barreiras de sua especialização, até mesmo para realizar encaminhamentos e saber convocar o auxílio dos outros membros da equipe ao reconhecer seus limites profissionais (TONNETO; GOMES, 2007).

A demanda do trabalho institucional organiza ou mobiliza as equipes de acordo com sua complexidade. É comum, na prática em saúde, os profissionais se depararem com seus próprios limites (e a necessidade de reconhecê-los) para então encontrar, nos colegas de

outras formações, o conhecimento e as ferramentas necessários para se atender ao caso em questão. Condição importante e primária para o trabalho multidisciplinar é a clareza das atribuições e expectativas de cada um dentro da equipe, desafio importante no âmbito hospitalar, principalmente entre as profissões emergentes.

Exemplificando

Para pensarmos melhor nas questões levantadas sobre os limites e as relações entre os diversos saberes, podemos tomar o caso de um ambulatório de saúde especialista em desordens alimentares. Sabemos que a anorexia e a bulimia são de interesse das disciplinas de nutrição e psicologia (entre outras, obviamente). Entretanto, os alcances de cada profissional ao tratar questões como a compulsão alimentar, por exemplo, só são delimitados de acordo com a ética e a técnica de cada especialidade. Sabemos que o profissional psicólogo não está autorizado nem tem respaldo técnico para receitar uma dieta, mas um nutricionista está autorizado a diagnosticar e reconhecer, em um paciente, questões que envolvem a compulsão alimentar? Ambos os especialistas aqui devem estar capacitados para entender e prestar assistência aos pacientes que encontram em sua prática diária. O trabalho em equipe soluciona essas questões na medida em que, conjuntamente, são realizados planos de tratamento e discussões de caso no qual cada especialidade vai se colocar e fazer uso de sua técnica para a promoção de saúde.

Um desafio decorrente da organização em equipes é a "linguagem" utilizada nos processos de comunicação entre os diferentes agentes de saúde. Já vimos que o corpo que o médico, o enfermeiro, ou o fisioterapeuta, por exemplo, cuidam é diferente do corpo que o psicólogo trata. O imperativo para a psicologia hospitalar é sempre focar o sujeito, a subjetividade. Mäder (2016) discorre sobre a construção de protocolos, rotinas e indicadores também poderem ser dispositivos que favorecem o trabalho do psicólogo em equipe, pois favorecem a tecnicidade e a cientificidade da prática psicológica e asseguram a compreensão de seu trabalho por seus colegas de outras profissões. Segundo o autor:

Isso (*a padronização na linguagem e uso de protocolos comuns*) permite dimensionar para as equipes de saúde a complexidade da instancia emocional e pontuar a forma peculiar de cada sujeito lidar com a doença. Além disso,

> a (o) psicóloga (o) enfatiza a prática diária de reuniões multidisciplinares para a integração dos discursos com o intuito de compartilhar decisões, monitorar os protocolos instituídos, planejar a sequência da assistência. Tudo isso visando, em última análise, a segurança do paciente. (MÄDER, 2016, p. 57)

Outro importante desafio sempre presente no trabalho em equipe é superar prejuízos devido a uma rígida discriminação hierárquica (TONETTO; GOMES, 2007). Essa discriminação acontece quando as especificidades e os detalhes do trabalho de cada membro da equipe são substituídos pelas relações de poder. A dinâmica de trabalho deve depender, ao mesmo tempo, da autonomia e do compartilhamento de responsabilidades entre os membros, o diálogo deve ser aberto e cooperativo, sem desvalorizar o trabalho dos outros profissionais. As autoras apontam que os reducionismos profissionais e as diferenças hierárquicas são os principais fatores que dificultam a prática multidisciplinar: tanto do lado da psicologia, exacerbando a defesa do emocional, quanto do lado orgânico (da medicina), limitando-se ao tratamento do corpo, por exemplo.

A **interconsulta**, um protocolo e uma maneira de trabalhar comum ao se trabalhar em equipes, nas instituições hospitalares, é compreendida como uma ação pontual de um profissional de saúde no processo de assistência que um paciente vem recebendo (GORAYEB, 2001). O pedido ou a solicitação de interconsulta vem sempre de uma equipe ou de um profissional que já está acompanhando um paciente e demanda para um especialista de outra área, chamado a esclarecer ou diagnosticar uma problemática do caso em questão. Essa é uma prática comum entre os médicos, como um cardiologista que solicita uma interconsulta neurológica para uma paciente que sofreu um AVC, por exemplo.

Gorayeb (2001) explica que os psicólogos ligados a equipes hospitalares têm um status de especialista diferente do psiquiatra, que mais frequentemente é solicitado para casos de distúrbios psiquiátricos ou psicóticos que necessitam de intervenção com psicofármacos; o psicólogo, por sua vez, é solicitado para interconsultas que tratam de questões emocionais decorrentes da hospitalização ou do processo de adoecimento. O autor cita como principais motivos de interconsulta psicológica

> (...) dificuldades de aceitação do diagnóstico e/ou prognóstico, ansiedade exacerbada em situações de exame, tristeza e/ou depressão eliciadas pelo quadro clínico ou pelo isolamento social e familiar decorrentes da hospitalização, somatizações, reações condicionadas a procedimentos. (GORAYEB, 2001, p. 08)

Assimile

Um ponto importante levantado por Chevnik (1983) é que a interconsulta psicológica vai além de um simples pedido de diagnóstico e tratamento. É necessário que o profissional que recebe o pedido de interconsulta analise toda a complexidade da situação, e isso inclui o tratamento que já está em evolução e também o próprio solicitante, todos os elementos que compõem a situação. É muito comum que as solicitações venham após manifestações psíquicas do paciente com as quais a equipe de saúde não tenha conseguido manejar. Para uma interconsulta psicológica, o autor salienta que se deve ampliar a intervenção e incluir dados provenientes da interação do paciente com a equipe, dos diferentes profissionais da equipe entre si, com a família, com a instituição, com outros pacientes e com o próprio psicólogo hospitalar. O autor entende a interconsulta psicológica como um campo de mediação e articulação entre o paciente e o ambiente em que ocorre sua hospitalização.

Sabemos que uma hospitalização pode implicar atos e situações que aumentam a vulnerabilidade do paciente, como processos de diagnóstico e exames vividos como agressivos ou dolorosos, grandes cirurgias, dificuldades de informação e compreensão sobre a internação/adoecimento. Ou, de maneira contrária, uma hospitalização pode favorecer processos de reorganização psíquica, como se for vivida como uma permissibilidade para o descanso, com menos exigências, a resolução de uma crise ou padecimento insuportável etc. O grau de angústia psíquica e até mesmo o caráter traumático ou não de uma hospitalização dependem tanto dos recursos psíquicos que o paciente tem à sua disposição para suportar aquele momento quanto do apoio social e familiar e do amparo ou desamparo que aquele enfermo encontra na equipe responsável por seus cuidados (CHEVNIK, 1983).

Em um paralelo com os cuidados maternos, o ambiente e a equipe hospitalar constituem-se como uma rede de cuidados

possível de dar suporte, nomear e organizar o possível caos decorrente da hospitalização ou adoecimento. Nesse sentido, Chevnik (1983) compara o drama vivido por um paciente gravemente adoecido e internado à condição de desamparo do recém-nascido, quando, inicialmente, há uma grande regressão e dependência total do ambiente para a própria sobrevivência, ter seu corpo alvo de manipulações estranhas à sua compreensão, assustadoras e sentidas como agressivas em alguns momentos. Ficaria, assim, a cargo de toda equipe de saúde cumprir a vital função dita "materna" de paraexcitação dessas vivências traumáticas, inomináveis e alheias à elaboração psíquica do paciente, frágil e indefeso como um recém-nascido naquele momento.

Assimile

A **paraexcitação** é um conceito da teoria psicossomática que pode ser entendido como a ação que a mãe tem sobre o ambiente para moderar os estímulos que chegam ao bebê, a fim de impedir uma sobrecarga traumática. Um exemplo disso seria diminuir a luminosidade ou o excesso de barulho para garantir tranquilidade ao bebê. Na clínica, essa é considerada uma importante função do terapeuta, a modulação dos estímulos excessivos consiste em nomear as experiências e promover melhor elaboração psíquica em momentos em que os pacientes estão mais fragilizados para se proteger dos excessos e evitar consequências patológicas, como maiores somatizações.

Chevnik (1983) compreende a equipe multiprofissional de cuidados hospitalares como uma espécie de "rede", no sentido literal da palavra, como um entrelaçado de fios de espessura e materiais diversos, formando um tecido de malhas com função protetiva, alojadora ou suspensória; ou o conjunto de pessoas, órgãos ou organizações que trabalham em conexão, com um objetivo comum. Rede essa com a qual os pacientes devem contar e na qual devem confiar para

> 'cair enfermo', como se diz vulgarmente implica não só em saber de onde se cai, quais são as falhas incidentes na elaboração psíquica dos conflitos e sofrimentos, mas também conhecer qual o contexto que vai receber esta queda, como é a rede constituída a dar um suporte que permita uma evolução positiva desta enfermidade. (CHEVNIK, 1983, p. 175)

Reflita

Ainda que cumprindo o papel de um dos elementos formadores da "rede de cuidados", um psicólogo incluído na equipe de saúde de uma instituição hospitalar tem não só o importante papel de oferecer a paraexcitação e os cuidados necessários para o paciente mas também analisar e focar sua atenção em como essa própria rede de cuidados vem se organizando, servir como elo de ligação entre possíveis falhas na interação entre seus membros, déficits no processo de comunicação e elaboração psíquica da própria equipe.

É importante notar que, usualmente, os pedidos de interconsulta são realizados quando aquele paciente ou aquela situação no entorno de sua hospitalização provoca alguma reação de mal-estar na equipe. Como são os casos de pacientes não aderentes ao tratamento, de recusa de procedimentos, pacientes agressivos ou com sintomas psíquicos claros; entretanto, não se deve esquecer que respostas psíquicas que "não perturbam a equipe" (CHEVNIK, 1983) também devem ser foco de atenção psicológica, pacientes muito "silenciosos", com humor rebaixado, por exemplo, podem estar sofrendo, à sua maneira, desorganizações emocionais importantes.

Os profissionais das equipes de saúde estão diariamente lidando com questões emocionais relacionadas ao adoecer e ao morrer; o modo de encarar essas questões vai depender de fatores que passam pela história pessoal de cada um até as influências culturais. Kovács (2010) aponta dois paradigmas de ações em saúde: o cuidar e o curar. Quando se pensa em cura, o investimento está em salvar vidas; o paradigma do cuidar envolve questões, como a qualidade de vida, e a morte é aceita como parte da condição humana. É importante que os profissionais que trabalham como cuidadores, tão próximos do sofrimento alheio, tenham para si uma clara distinção entre esses paradigmas, inclusive de sua função naquele cenário.

Ao se priorizar, no hospital ou na filosofia do sistema de saúde como um todo, o "salvar" o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de complicações decorrentes do adoecimento pode fazer com que o trabalho da equipe seja vivido como frustrante, desmotivador ou sem significado, ocasionando importante estresse profissional. Segundo Kovács (2010), a equipe de enfermagem tem alto risco de colapso profissional pela função de cuidado diário e mais próximo aos pacientes. A autora ainda explica que essa sobrecarga

é somada a fatores, como: complexidade das tarefas a serem cumpridas, acúmulo e sobrecarga de funções devido ao número menor de profissionais contratados e grande número de pacientes.

É observado que os próprios pacientes e familiares também nutrem e demonstram sentimentos ambivalentes em relação à equipe de cuidados, com manifestos aos profissionais que mais estão em contato com eles (KOVÁCS, 2010). Podem coexistir sentimentos de gratidão pelo cuidado e raiva pelo sofrimento infligido ou culpabilização pelo agravamento da doença, por exemplo. Esses profissionais podem sentir que seu trabalho não está sendo reconhecido ou, quando sem tempo ou condições para elaborar melhor a situação e compartilhar seus sentimentos, podem acreditar serem merecedores das reações negativas vividas na relação com os pacientes/familiares. Essa referida sobrecarga afetiva pode se manifestar por meio de sintomas físicos, psicológicos ou adoecimento, como na Síndrome de Burnout.

Pesquise mais

Geralmente muito associada ao trabalho em saúde ou educação, a Síndrome de Burnout apresenta componentes relacionados à tensão emocional crônica de pessoas que trabalham diretamente com outros seres humanos. Apresenta-se como exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, associada a quadros psicossomáticos importantes.

São muitos os trabalhos que tentam compreender a relação dessa síndrome com a profissão em áreas de saúde. Caso seja de seu interesse pesquisar mais sobre o tema, recomendamos os artigos da linha de pesquisa proposta por Mauricio Tamayo, que busca compreender também os papéis dos próprios valores organizacionais e sociais inter-relacionados com as condições emocionais e psicológicas dos profissionais.

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psic. Reflex. Crit**., Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TAMAYO, M. R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicol. Reflex. Crit**., Porto Alegre, v. 22, n. 3, p.474-482, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TAMAYO, M. R.; TROCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. 1, p.37-46, jan. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

Tomando limites extremos, como os casos de pacientes terminais ou de cuidados paliativos, fica clara a necessidade de uma mudança do paradigma de curar para o cuidar. Porém, ainda é comum observarmos, na prática diária, medidas extremas de se manter a vida dos pacientes a qualquer custo, com supremacia das decisões médicas e técnicas. Cabe ressaltar, mais uma vez, a necessidade do profissional psicólogo resgatar para a equipe de saúde um olhar voltado para a subjetividade do paciente e dos familiares, ouvi-los e envolvê-los também nos processos de decisão. Esse é um trabalho que não só atende às necessidades dos pacientes/familiares, mas que também, de uma maneira sutil, reposiciona a equipe de cuidados frente à sua tarefa diária, diminuindo grandes estresses profissionais.

Para Mäder (2016), o profissional psicólogo incluído em uma equipe de cuidados hospitalares não deve perder de vista o desafio de propor e exercitar diariamente um trabalho de colaboração entre os profissionais, para que as equipes atuem de forma interdependente e com comunicação horizontal, a fim de atingir os objetivos comumente almejados: o tratamento de saúde do(s) sujeito(s) em questão. Colocar o paciente e sua família no centro do atendimento sem restituir-lhes de sua humanidade favorecerá a qualidade da assistência, e esse trabalho só é possível se os membros da equipe de saúde atuarem de forma conjunta.

Sem medo de errar

A proposta realizada por Cristina já carrega em si elementos-chave para se pensar em um trabalho institucional em equipes. Primeiramente, debruce-se sobre a organização desses grupos e, entre as sugestões dadas (membros de uma mesma equipe, equipes heterogêneas ou homogêneas quanto à formação profissional de cada um), selecione e justifique aquela na qual você acredita que haveria uma maior troca entre os profissionais. As opções carregam

em si tanto prós quanto contras, pondere-os de acordo com as expectativas da atividade. Certamente, um grupo formado apenas pelos nutricionistas da instituição, por exemplo, favorecerá discussões que trabalhem em cima da interface psicologia e nutrição, mas pode perder de vista o real trabalho em equipe multiprofissional. Lembre-se de justificar suas escolhas!

Trabalhe na apresentação inicial dos grupos tendo em consideração que muitos profissionais de fato não conhecem ou carregam estereótipos e ideias pré-concebidas acerca do trabalho de um psicólogo, ainda mais de um psicólogo hospitalar. Levantar as expectativas dos outros profissionais e discuti-las com os próprios psicólogos pode render uma homogeneização importante para o bom andamento do trabalho.

Devido à sobrecarga do trabalho ou até mesmo decorrente de ideologias de formação profissional, alguns trabalhadores membros da equipe podem realizar sua função cotidianamente sem nem refletir ou ponderar sobre o trabalho em equipe realizado. Como o trabalho em equipe funciona em cada instituição, se é que funciona, também merece ser um assunto abordado em reuniões de trabalho, como nesse molde proposto.

Após os estudos desta seção, você é capaz de detalhar pontos de discussão importantes a serem mais bem desenvolvidos, lembre-se de que existe uma questão em comum que os profissionais de saúde dificilmente não vão se interessar: o sofrimento que eles próprios podem experienciar em decorrência da natureza de seu trabalho.

Por fim, pense que essa é uma importante tarefa que pode delinear todo o futuro de relações profissionais com os psicólogos ingressantes na instituição, portanto, merece todo o cuidado e atenção! Bom trabalho!

Avançando na prática

A interconsulta psicológica

Descrição da situação-problema

Ainda que muito difundida entre os hospitais, poucos são os estudos que pesquisam exclusivamente a questão da interconsulta. Entre as equipes de saúde, não existe uma unanimidade sobre como esse pedido de interconsulta é realizado e, em alguns casos, ele nem sequer é realizado de maneira formal, sendo constituído

informalmente em um encontro entre diferentes profissionais nos corredores do hospital, por exemplo. Outras equipes preferem trabalhar com momentos oficiais de troca e construção coletiva do projeto terapêutico para o paciente em questão, como em uma reunião coletiva da equipe.

Tendo em vista essa questão, vamos refletir sobre a importância de como a interconsulta é realizada, uma vez que esse pedido pode influenciar na demanda e no próprio responder dessas ações. Tomemos como exemplo uma situação simples em que um médico lhe solicita um parecer psicológico sobre um paciente que procura quase que semanalmente o pronto socorro da instituição com queixas de mal-estar difuso, fraqueza e dores de cabeça. Esse médico lhe salienta que suspeita de uma reação exagerada decorrente de uma vida solitária na qual o paciente não encontra muito apoio social. Após essa breve fala do médico, vocês combinam de retomar o diálogo após o atendimento psicológico.

Já no caminho para atender ao paciente, você percebe que, na rapidez da conversa com o médico, deixou de fazer várias perguntas. Sente falta de algumas informações, principalmente de um dado importante: o diagnóstico médico do paciente em questão. Esse diagnóstico apresenta relações com os sintomas relatados pelo paciente?

Nesse exemplo, fica claro como a falta de informações pode influenciar todo o trabalho de interconsulta. Fazendo uso desse próprio exemplo ou de outras situações em que você possa se deparar no exercício profissional, elabore uma espécie de ficha ou formulário sistemático a ser preenchido ou itens a serem abordados no momento de receber um pedido de interconsulta psicológica. O que mais você perguntaria àquele médico? Buscaria mais informações em algum outro local ou com outra pessoa? Quais informações? O que você julga importante saber para receber a solicitação e poder responder adequadamente em um momento posterior àquele que lhe solicitou a interconsulta?

Resolução da situação-problema

Sistematizar um pedido de interconsulta pode ser uma boa saída para compreender o contexto em que ele foi realizado, quais são as dúvidas que o solicitante teve e qual a ajuda que espera receber. Cada especialidade tem prioridades nesse processo de compreensão,

ficando a cargo de cada profissional deixar claro o que considera importante. Dados gerais sobre o paciente podem ser obtidos nos próprios prontuários, como idade, diagnóstico(s), propostas de tratamento etc., entretanto, quando falamos em uma interconsulta psicológica, sabemos que não são apenas esses dados objetivos que nos interessam.

Como visto, o processo de interconsulta psicológica e todo o trabalho de um psicólogo hospitalar devem levar em consideração as interações e construções subjetivas dos diversos agentes envolvidos na situação: o paciente, os familiares e a equipe de saúde. Ao se fazer um pedido de interconsulta psicológica, o profissional solicitante já traz consigo alguma ideia ou perspectiva de que está diante de uma questão emocional, algo que um psicólogo pode lhe ajudar. Conhecer essas impressões, mesmo que rudimentares, já pode dar uma pista ao profissional psicólogo de como essas relações estão se dando. Ou seja, faz parte do processo de interconsulta uma boa entrevista ou coleta de dados antes mesmo de se chegar ao paciente ou familiar em questão. Lembrando sempre que essas impressões (como a do médico do exemplo que acredita que os sintomas são frutos de uma espécie de carência social do paciente) são daquele profissional em questão, e só serão corroboradas ou não mediante o atendimento psicológico com o próprio paciente.

Faça valer a pena

1. A natureza da instituição hospitalar, uma organização complexa dentro do campo da saúde, pressupõe um nível de assistência aos pacientes e familiares com extensa coordenação de tarefas e funções. Essa situação enfatiza a necessidade do trabalho em equipes.

Sobre os trabalhos das equipes **multidisciplinares** nos hospitais, é correto afirmar que:

a) São chefiadas pelo profissional médico, ficando os outros profissionais responsáveis por responder aos pedidos de interconsulta.

b) As diferentes especialidades perdem suas características, uma vez que trabalham em conjunto e em igualdade técnica sobre o problema a ser resolvido.

c) Representa o único modo possível de trabalho dentro de instituições hospitalares, uma vez que é necessária uma sobreposição dos saberes para melhor assistência em saúde.

d) Existe uma hierarquia definida de acordo com a especificidade do trabalho de cada equipe, com revezamento de liderança.
e) Cada profissional realiza seu trabalho individualmente, mas toda a equipe tem um objetivo em comum: a assistência completa ao paciente.

2. São motivos comuns para solicitação de interconsulta psicológica nas instituições hospitalares:
I. Ansiedade frente à internação.
II. Não aceitação do tratamento proposto.
III. Avaliação psicométrica.
IV. Orientação aos pais.
V. Agressividade perante a equipe hospitalar.
VI. Confirmação diagnóstica de transtorno psicótico de base.
É correto o que se afirma em:
a) I, II e IV, apenas.
b) I, II, III e V, apenas.
c) II, III, e V, apenas.
d) I, II, IV e V, apenas.
e) I, II, III, IV, V e VI.

3. Sobre a Síndrome de Burnout, abordada ao longo dos estudos, julgue as proposições a seguir e marque (V) verdadeiro ou (F) falso:
( ) Trata-se de uma doença caracterizada por acometer apenas trabalhadores da saúde devido à desvalorização profissional e à sobrecarga de trabalho.
( ) Apresenta componentes relacionados à sobrecarga afetiva, podendo estes estarem relacionados com a proximidade de assuntos pesados, como a morte e o sofrimento alheio.
( ) Trata-se de um sofrimento individualizado daquele que não suporta a sobrecarga emocional de certos trabalhos, não tendo relação com os valores da instituição ou de práticas sociais.
( ) Apresenta sintomas de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.
( ) É um tema de interesse em saúde pública, pois está relacionado com as filosofias das práticas em saúde.
Assinale a alternativa com a sequência correta:
a) V – V – V – V – F.
b) F – F – V – V – F.
c) F – V – F – V – V.
d) V – F – F – F – V.
e) F – V – V – F – V.

Referências

BORGES, L. O. et al. A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidade de inserção profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 abr. 2017.

CHEVNIK, M. La Interconsulta médico-psicológica: entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. In: BEKEI, M. **Lecturas de lo psicosomático**. Buenos Aires: Ed. Lugar, 1983.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO M. L.; CABALLO, V. E. (orgs). **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: Ed. UEL-APICSA, 2001.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MÄDER, B. J. (org) **Caderno de psicologia hospitalar**: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. Curitiba: CRP-PR, 2016.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, F. M. **A inserção do psicólogo no hospital geral**: a construção de uma nova especialidade. 2003. 134 p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

ROSA, A. T. da. **Competências e habilidades em Psicologia Hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SALTO, M. C. E. O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática. **Psicologia Brasil**, São Paulo, v. 5, n. 39, pp. 12-15, 2007. Disponível em: <febrap.org.br/pdf/Psicologo_no_Contexto_Hospitalar.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2017.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 abr. 2017.

SILVA, L. **O percurso histórico do serviço de psicologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.** 2006. 87f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TAMAYO, M. R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p.474-482, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TAMAYO, M. R.; TROCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 7, n. 1, p.37-46, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

VIEIRA, C. M. A. M. **A construção de um lugar para a psicologia em hospitais de Sergipe.** 2006. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

O psicólogo, o hospital e as equipes de trabalho

Convite ao estudo

Dando seguimento à segunda unidade da disciplina Psicologia Hospitalar, vamos nos aprofundar mais nas relações entre a disciplina Psicologia e as instituições hospitalares. Após o percurso histórico visto na primeira unidade e as características gerais e os pressupostos que enquadram o trabalho do psicólogo hospitalar, o objetivo agora é conhecer mais das especificidades desse trabalho.

Vamos começar caracterizando melhor a atmosfera hospitalar nos dias atuais, tanto do ponto de vista das políticas públicas de saúde e como se entende a gestão em saúde atualmente quanto do ponto de vista do paciente, quais as vivências e implicações emocionais de uma hospitalização. Por fim, teremos uma seção específica sobre os modelos de assistência psicológica realizados nos hospitais, mostrando como a psicologia hospitalar pode atuar no cuidado ao paciente, que não chega sozinho ao hospital, mas acompanhado de sua família e, junto a ela, será imerso em uma cultura hospitalar intermediada por uma equipe de cuidados.

Nesta unidade, vamos acompanhar uma nova etapa do projeto de implementação do serviço de psicologia hospitalar proposto por Cristina. Vamos também seguir de perto os momentos iniciais do novo trabalho de Fernando, um dos psicólogos contratados pelo hospital. Fernando sempre teve interesse e voltou sua formação e seus investimentos em cursos, leituras e aprimoramento pessoal para a área da saúde. Entretanto, o trabalho específico em psicologia hospitalar é um desafio novo em sua vida, pois passou anos trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em sua cidade natal, após a

formação em psicologia. Mesmo sabendo das diferenças entre os níveis de atenção em saúde (primário, secundário e terciário), tem certeza de que toda sua experiência clínica e estudo sobre os processos de saúde e doença podem auxiliá-lo nessa nova etapa profissional.

Seção 2.1

Atmosfera hospitalar

Diálogo aberto

Na sua primeira semana contratado como psicólogo hospitalar, antes mesmo de saber em qual equipe de cuidados ele iria trabalhar, Fernando se propõe a refletir sobre os novos desafios e especificidades de seu trabalho em comparação com a clínica que fazia nos anos de trabalho em UBS e chega ao seguinte pensamento: “qual a diferença entre os usuários que buscavam tratamento de saúde nas unidades básicas de saúde da comunidade em relação aos pacientes hospitalizados?”. Ora, uma primeira resposta está incluída na própria pergunta: seus novos pacientes encontram-se hospitalizados, internados na instituição. Essa conclusão parece ter lhe dado um novo olhar sobre o sofrimento dos pacientes hospitalizados. Nesse movimento de apropriação de sua nova clínica, Fernando resolve procurar sua chefe Cristina, a qual se demonstrou aberta à discussão e muito disponível para contato. Cristina surpreende-se positivamente com o interesse, a vontade de discutir, construir junto e aprender de seu novo funcionário, mesmo sabendo que ele não tem experiência significativa com o trabalho em instituição hospitalar (assim como ela também não tinha até arregaçar as mangas do jaleco e ir trabalhar no centro de hemodiálise).

Para dar continuidade a essa conversa entre eles, Cristina propõe que, para o dia seguinte, Fernando pense e traga para uma nova conversa entre os dois e os demais psicólogos contratados suas questões sobre as diferenças entre o **paciente institucionalizado** (internando em um hospital), o **paciente de um “postinho de saúde”** (como a população se referia antigamente às UBSs) e o **paciente de consultório** (como geralmente é lembrada a prática clínica de um psicoterapeuta). Essas diferenças podem ajudar a compreender particularidades na maneira de sofrer e nas possibilidades de intervenção, bem como reações próprias ao ambiente hospitalar. Vamos ajudar Fernando a pensar nessas questões propostas?

Não pode faltar

O objetivo desta seção de estudo é se ater às questões específicas da instituição hospitalar e às implicações emocionais que os pacientes hospitalizados podem sofrer para além do seu adoecimento de base. Reformulando, vamos focar, neste momento, em uma pergunta-chave: o que o psicólogo hospitalar trata?

Como vimos nos estudos anteriores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 2001, um **enfoque biopsicossocial** que pressupõe a adoção de um modelo multiprofissional e multidimensional para encarar as problemáticas de saúde. A principal decorrência desse modelo seria a inclusão de diversos profissionais, saberes e olhares nas equipes de saúde para uma reintegração da dimensão psicossocial, entretanto o que ainda observamos na prática e no conceito popular de saúde é o **modelo biomédico**, que segue sendo uma hegemonia na atualidade.

Reflita

Para pensar nesta questão, tomemos como exemplo (algo recorrente) um paciente que "deambula" (o verbo pode significar "andar, ir para", origem do termo "ambulatório", serviço dos hospitais que cuida dos pacientes não hospitalizados, que vão para o ambulatório da instituição para dar seguimento aos seus tratamentos, como também pode ter a conotação de "andar a esmo, sem rumo, vagar") de médico em médico, especialista para especialista, com queixas vagas, sintomas que se articulam ou não, sem encontrar um diagnóstico específico. Um especialista atento ao sofrimento subjacente dessa pessoa, sem tomá-lo como hipocondria, histeria ou desvalorizar esse sofrimento, acaba por encaminhá-la para psicoterapia. As reações podem ser das mais variadas, desde a aceitação e o engajamento em um processo psicoterapêutico até a repulsa, mas se pode dizer de um questionamento recorrente: "mas como eu posso precisar de um psicólogo, se o que eu tenho é gastrite e/ou cardiopatia/enxaqueca/hipertensão/alergia/diabetes etc.?"

Qual o modelo de compreensão do espectro saúde-doença que rege nossas vidas atualmente?

Como tratamos anteriormente, temos que o modelo biomédico sustenta o fazer em saúde e, para isso, por se constituir um saber objetivo e científico sobre o corpo, exclui-se o que é da ordem do sujeito, da subjetividade do doente (MARCON, 2016). Para nos

aprofundarmos nessa questão e chegarmos ao modo de operar em saúde na atualidade, incluindo as questões emocionais, vamos partir de um breve histórico das concepções de saúde e doença e do entendimento do que é "sintoma", daquilo que é tratado tanto pela medicina quanto pela psicologia.

Em uma crítica muito bem fundamentada sobre a hegemonia do modelo biomédico, mecanicista e a excessiva medicalização na contemporaneidade, Barros (2002) explica a compreensão dos processos saúde e doença ao longo da história em paradigmas, sendo o biomédico o último deles. Na Antiguidade, coexistiam a **medicina mágico-religiosa**, que entendia a doença como resultado de uma transgressão, individual ou coletiva, com a cura sendo realizada por feiticeiros ou xamãs, capazes de reestabelecer a conexão com o divino; e a **medicina empírico-racional**, que entendia a doença como um fenômeno natural, e correntes filosóficas, como as utilizadas por Hipócrates (viveu no auge da Grécia Clássica, em 400 a.C., considerado o pai da medicina moderna e tem um de seus escritos como base do juramento médico), localizavam a doença como um desiquilíbrio entre os humores, os elementos da natureza e os elementos do corpo. É interessante notar que o equilíbrio ou desequilíbrio desses elementos tinha a ver com a história pessoal do doente, suas relações, seu trabalho, sua dieta, e até mesmo seus sonhos (BARROS, 2002).

Segundo Hipócrates, o médico confronta-se cada vez com uma história inédita. O exame clínico visa, antes de tudo, a reconstituir a história singular do doente e prever seus possíveis desdobramentos, e não apenas identificar um quadro de entidades mórbidas preestabelecido. Neste exame, ele serve-se de inúmeros métodos até hoje utilizados: a investigação do aspecto geral do paciente, a palpação, a auscultação (...). (VOLICH, 2000, p. 25)

A medicina hipocrática considerava cada caso singular, cada doente trazia consigo sintomas que, isoladamente, não diziam nada, mas, em conjunto, caracterizavam a sua enfermidade, e o papel do médico era "ouvir" esses sintomas em consonância com o que era trazido pelo doente.

O terceiro paradigma parte das ideias de Paracelso, no século XV d.C., que entendia as doenças como algo independente do sujeito,

a serem abordadas com remédios ou tratamentos específicos de origem química (BARROS, 2002). Segundo Marcon (2016), apesar de ser um sistema médico nada simplista, baseado em ideias da alquimia, medicina popular, astrologia e na visão cristã do mundo, tomar a doença como uma entidade independente a ser tratada com remédios específicos abre caminho para o surgimento de uma filosofia química ainda mais prática e mecanicista um século depois.

O quarto paradigma, predominante desde o século XVI até os dias de hoje, é o modelo biomédico ou mecanicista. No bojo dos avanços científicos do Renascimento, dos estudos em anatomia e cirurgia e da primazia pelo método científico como proposto por Descartes em seu *Discurso do Método*, surge também a mecânica de Newton, que é empregada para a compreensão e descrição do modo de funcionamento do corpo humano, um corpo-máquina que funcionaria como um relógio e suas engrenagens: o ser humano fica reduzido a um ser mecânico (BARROS, 2002; MARCON, 2016).

Exemplificando

Para ilustrar essa problemática, vamos nos apoiar e estender o exemplo trazido por Barros (2002) sobre a diabetes. Em 1889, descobre-se que as alterações metabólicas que caracterizam essa enfermidade poderiam ser reproduzidas removendo-se o pâncreas, para então, em 1921, saber-se que a administração de insulina, substância produzida pelo pâncreas, alivia os sintomas. Estamos diante de uma clara visão sobre o ser humano que mostra como uma deficiência na "máquina" provoca uma doença, e como essa doença pode ser curada com um remédio específico. Simples assim?

Indo para mais além desse modelo biomédico ou mecanicista, em uma perspectiva biopsicossocial, temos que o tratamento da diabetes em equipe multiprofissional engloba outros aspectos. Sabe-se, por exemplo, que um paciente que vive sob estresse emocional constante, que traz queixas familiares ou de relacionamento, sentimentos de raiva, inadequação ou depressão, dificilmente terá sua diabetes controlada apenas com uso assíduo de medicação. Inclusive, os próprios pacientes comumente associam o desencadeamento da diabetes após um estresse emocional significativo em suas vidas (BURD, 2010). As principais equipes multiprofissionais atualmente trabalham a diabetes seguindo quatro principais recomendações de tratamento aos pacientes: dieta específica, exercício físico, manejo e controle de estresse (acompanhamento psicoterápico ao ser reconhecida a demanda) e medicação adequada.

Em decorrência desse modelo de pensamento biomédico, temos a redução do doente e seu corpo a um organismo biológico, passível de ser abordado "cirurgicamente" e, assim, tratar da doença sem considerar a existência do doente. Por si só, esse pressuposto é origem de muitas iatrogenias (efeitos negativos para o paciente, de ordem emocional ou orgânica, decorrentes de procedimentos ou prática médica) e de sofrimento, que serão abordados ao final desta seção. Sobre esse problema, Marcon (2016) articula que a singularidade de cada um, inclusive o sofrimento de cada um, aparece na posição de alguém que fala. A autora diz que nem a medicina, nem a psiquiatria e nem mesmo a psicologia ensinam a escutar, mas sim, cada uma, em seu paradigma, busca *compreender* ou ler o que se está diante (o paciente), dentro da grande lógica de sua especialidade, em que não há espaço para o sujeito. A saída proposta pela autora para esse modelo adoecido é a **escuta**. Trabalhamos aqui o ponto de partida para o trabalho da psicologia hospitalar: deixamos o sujeito falar e o escutamos sem pré-julgamentos e sem estigmas, "apesar da correria do hospital, das urgências, das emergências, precisamos escutar sem pressa" (MARCON, 2016, p. 43). De que outra maneira seria possível entendermos as relações que um paciente obeso tem com sua compulsão alimentar, ou de uma mãe que recusa um transplante de órgão para seu filho adoecido, ou de uma idosa que se sente insegura perante a alta hospitalar pois se vê sozinha e desamparada pelos seus familiares?

Encontramo-nos, assim, com a importância da psicologia hospitalar nas instituições de saúde, em dar lugar, à medida em que se consegue escutar, ao sujeito e à subjetividade excluídos pelo paradigma mecanicista ou biomédico, reafirmando o lugar de existência e singularidade dos pacientes, não tratando apenas "a doença".

Mas o que seria "doença"? Segundo Mäder (2016, p. 48), doença é "uma palavra com ampla representação e compreensão social; está ligada a desconforto, mal-estar, dor, sofrimento e morte. (...) Seria um espanto conhecer alguém que não apresenta nenhuma compreensão de doença; afinal, a vivência de estar doente tem um caráter pessoal e subjetivo". Como vimos, temos o caráter objetivo das doenças, estudado pela medicina que identifica, estuda, descobre as causas, a evolução do quadro e propõe tratamentos. Temos também características sociais e culturais, sendo que, para cada época histórica, podemos associar uma doença: o escorbuto e as

grandes navegações; a tuberculose na sociedade industrial; a febre amarela no século XIX; a AIDS no século XX.

A epidemiologia é uma ciência que se ocupa dos processos de saúde e doença em uma população, correlacionando-os também a fatores e eventos sociais. Esse conhecimento proporciona maior controle nas disseminações e ações que previnem o adoecimento populacional. Mäder (2016) cita, no Brasil, a população do Vale do Jequitinhonha (Minas Gerais), uma das regiões mais pobres do país e que não, necessariamente, precisará das mesmas ações e cuidados que a população do Vale do Itajaí (Santa Catarina) recebe. A primeira é caracterizada pela região rural, quase sertão, com ampla necessidade de saneamento básico, por exemplo, para controle de doenças infecciosas, enquanto a segunda vive em uma região industrializada, com maior incidência de doenças relacionadas ao estresse e ao ritmo de vida acelerado, como as cardiopatias.

Voltando ao caráter subjetivo das doenças, foco da psicologia hospitalar, é possível identificar que há uma diferença entre o trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares e em um consultório de prática privada, na qual o sujeito já busca o serviço reconhecendo em si uma demanda psicológica (comumente). No hospital, a demanda é de tratamento para sua doença. Nesse cenário, a equipe e o próprio paciente têm expectativas diferentes sobre o que há para ser tratado. Enquanto a instituição hospitalar (como representante da medicina) foca o agir sobre a doença, o paciente espera alívio para o sofrimento que vivencia. Em cima desse problema comunicacional, temos os casos de pacientes que não aderem ao tratamento por não entenderem ou não concordarem com as condutas médicas, por exemplo.

Por se caracterizar pela escuta do significado que o paciente dá à sua doença ou ao seu sofrimento (seja orgânico, psicológico ou de vulnerabilidade social), a psicologia hospitalar é fundamental para que o sujeito que busca ajuda também participe ativamente do seu tratamento, da manutenção de sua saúde ou de mudança de hábitos necessárias, responsabilizando-se em conjunto com a equipe de saúde (MÄDER, 2016).

O trabalho que os psicólogos hospitalares realizam nas enfermarias, a oferta de escuta, é um convite ao paciente para refletir sobre sua condição, seu adoecimento, sofrimento e suas dificuldades encontradas. Nesse cenário, temos que o psicólogo procura pelo

paciente e oferece seu serviço. Como resposta, algumas vezes, encontramos a necessidade de informação ou esclarecimento; outras vezes, de apoio emocional ou até mesmo uma recusa dessa oferta de atenção. Um dos principais pontos de atenção do psicólogo nesse contexto são as reações emocionais que paciente e familiares apresentam diante da internação. Para isso, partimos de uma avaliação decorrente da escuta do que os próprios sujeitos trazem: o que podemos escutar pode estar relacionado com a distância da família, as dificuldades com a rotina hospitalar, a despersonalização que isso acarreta (visto que os pacientes são retirados abruptamente de suas vidas) ou ainda o medo do hospital. O cuidado aqui reside em que não existe um manual: a procedência, a compreensão e até o caminho pelo qual seguir nesse acompanhamento advêm justamente da escuta precisa e atenciosa.

Outro ponto de investigação dessa escuta recai sobre a relação que o paciente tem com sua doença, como o paciente projeta seu futuro (tanto no caso de adoecimentos agudos quanto, principalmente, nos casos de adoecimento crônico, quando o paciente vai precisar adaptar sua vida às limitações impostas pelo adoecimento) e sua implicação nesse processo (MADER, 2016).

Romano (2008) explica que o adoecer pode ser uma fonte importante de desorganização psíquica, uma experiência que pode quebrar com as certezas do paciente e sua família, e também levanta e deixa explícita a condição humana, falível e mortal. As respostas psicológicas decorrentes desse impacto, como apontadas pela autora, vão depender da estrutura do paciente e do momento de vida em que ocorrem, e podem variar desde o afastamento da realidade, negação, raiva e até conformismo, o que entendemos como reações defensivas frente ao sofrimento.

Durante uma hospitalização, o paciente fica à mercê das equipes hospitalares, exposto a um grande número de manipulações, procedimentos por vezes dolorosos e invasivos, despido de suas roupas, pertences e papéis sociais. A rotina de vida, os compromissos e as atividades prazerosas são abruptamente interrompidos pela doença, ruptura essa que pode ter tido início há muito tempo, como nos casos de doenças crônicas. A posição de suportar a doença, o sofrimento, o isolamento, o desamparo e a dependência em que se encontra invariavelmente requer um cuidado e um manejo especiais por parte da equipe, a fim de não se tornar traumático. Romano (2008)

aponta que esse momento pode se revestir de grande significado: a atualização de vivências passadas pode permitir a reavaliação da própria vida, sendo esse um momento, na verdade, muito rico e que pode ser auxiliado pelo psicólogo, no sentido de elaborar essas vivências atuais e também as passadas. A questão vai além de perder sua própria rotina, mas também se inserir em outra.

Romano (2008) também aponta que, segundo sua experiência, nos primeiros dias de internação, a ansiedade e o desamparo são os sentimentos mais observados nos pacientes, o que a autora entende como sendo decorrente da perda de controle sobre sua própria vida e dependência da equipe. Por outro lado, temos que a possibilidade de tratamento pode gerar esperança e confiança na equipe de cuidados. O plano terapêutico adotado também pode gerar sentimentos ambivalentes: no caso de um paciente cirúrgico, por exemplo, a cirurgia pode ter o significado de perda, de um grande risco ou até mesmo de uma saída para seus males. É sobre essa ambivalência, muitas vezes não compreendida pela equipe, que reside o trabalho do psicólogo; não existe manual ou compreensão possível a priori do significado que cada paciente confere a cada vivência, sobre sua doença, prognóstico e gravidade, é também uma maneira de cuidado compreender que essas diferentes respostas se relacionam com a percepção individual do paciente antes de estigmatizá-lo ou atribuir concepções negativas. Retomando as ideias da autora (ROMANO, 2008), após um período inicial de adaptação às rotinas, ao ambiente hospitalar e às decisões sobre diagnóstico e tratamento, os pacientes encontram um possível alívio da angústia. A autora defende que é trabalho do psicólogo hospitalar favorecer essa adaptação, estimulando que o paciente receba (e busque) informações a respeito de seu quadro clínico e tratamentos possíveis.

Elementos, como a ruptura com o modo de vida anterior à internação, o prolongamento da internação, as incertezas frente ao tratamento e prognóstico e a falta de previsibilidade sobre sua recuperação, levam a questionamentos acerca das modificações que a doença acarretará na vida do paciente. Reconhecer e refletir sobre essas mudanças é necessário para a elaboração dessas próprias mudanças e para permitir que o paciente encontre alternativas e novas maneiras de viver, apesar das possíveis limitações. Esse processo permeia toda a hospitalização e pode continuar até após a alta, ou seja, a hospitalização exige um reposicionamento do paciente sobre si mesmo (ROMANO, 2008).

Segundo Mota, Martins e Véras (2006), as principais decorrências e os possíveis pontos de desorganização psíquica de uma hospitalização são: problemas de comunicação equipe-paciente, despersonalização do sujeito, separação dos entes queridos, isolamento, discriminação e estigmatização do doente, dependência e perda da autonomia, ansiedade, medo, insegurança, depressão e desesperança. Os autores lembram que o processo de humanização, com a principal meta de assegurar a dignidade e os direitos do indivíduo, é maneira imperativa de se encarar essas dificuldades e melhorar o sistema de assistência.

Vimos até aqui que o hospital é o lugar onde o corpo sofre. Corpo esse, como visto pela medicina, que é objeto de cura. A psicologia não oferece um discurso curativo; essas experiências e esses impactos da hospitalização ou do adoecimento dos quais falamos até aqui não são escutados com o objetivo de cura e nem de conforto, ainda que esse último possa ser resultado das possíveis intervenções. Não é função do psicólogo hospitalar amenizar a dor, ou "dizer que aquilo vai passar". Novamente, aqui cabe a pergunta: de que e como a psicologia trata?

Para elaborarmos melhor possíveis respostas a essa complexa pergunta, vamos apresentar uma discussão acerca do conceito de sintoma e retomar um caminho das particularidades do que seria sintoma para a medicina e para a psicologia.

Pode ser relativamente simples entender que um sangramento, o nível de açúcar no sangue, dores abdominais ou uma paralisia nos membros inferiores representem sintomas, ou seja, algo que para a medicina é dotado de sentido, algo detectável no organismo que permite que o médico identifique que algo naquele órgão ou em sistemas correlatos não vai bem. O nível de açúcar no sangue pode ser correlato eficaz de uma hipo ou hiperglicemia, por exemplo, assim como o sangramento pode ser sinal de um corte ou traumatismo. Mas o que dizer de um paciente que apresenta choro fácil, ou de um paciente infartado que continua trabalhando compulsivamente do seu laptop na própria UTI do hospital, ou de um paciente renal crônico com restrição hídrica que ingere litros de água na torneira do banheiro escondido da equipe hospitalar? Essas três situações, com

diferentes níveis de complexidade, também apresentam sintomas: sintomas de ordem psíquica.

Na medicina, o sintoma é dotado de sentido por si só. Cabe ao médico, com base em seus estudos e articulações teóricas e nos outros sintomas correlatos, exames realizados e processos diagnósticos, compreender e referir sentido a esses sintomas. É uma clínica do olhar, puramente descritiva, que exige uma nomeação (diagnóstica) daquilo que os sintomas representam (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Por exemplo, o paciente relata febre, dores e coceiras no corpo, dores oculares e fraqueza; exames clínicos confirmam, com base nos sintomas, o diagnóstico de dengue. Ou seja, o diagnóstico se dá em uma verdade exterior ao sujeito: é aquilo!

A psicologia entende os sintomas psíquicos não necessariamente como um sinal de doença. A psicanálise debruça-se mais especificamente sobre essa questão e explica que o sintoma é a marca do sujeito, algo que só pode ser compreendido dentro da história de cada indivíduo. Dessa maneira, o sintoma não remete a uma classificação diagnóstica, mas à experiência do próprio sujeito. Para ficar mais claro, retomemos ao primeiro dos exemplos anteriores: o choro fácil observado pela equipe hospitalar pode representar um paciente assustado e desamparado com a hospitalização, alguém que sofre de dores físicas intensas, uma mãe com saudades de seu filho recém-nascido afastado de si pela internação, alguém em luto que acaba de perder uma pessoa importante, entre outras inúmeras possiblidades que só vão ser dotadas de sentido ao se alcançar, dentro do próprio discurso do paciente, a significação daquele sintoma. Ou seja, ele não é dado a priori.

Pesquise mais

Para maior compreensão e aprofundamento na questão do sintoma para a psicologia e a psicanálise, sugerimos textos específicos sobre o tema. Ao longo da sua graduação, você poderá entrar em contato mais intimamente com a teoria psicanalítica. O objetivo desta disciplina não é se aprofundar na clínica psicanalítica, entretanto esse paradigma pode lhe trazer compreensões úteis para se pensar a questão saúde x doença, subjetividade e os sintomas do ponto de vista psíquico que tratamos aqui.

As sugestões a seguir são de textos básicos sobre a teoria freudiana e de um vídeo disponível online que trata do assunto, lembrando que o

próprio Freud escreve de maneira bastante didática e agradável leitura.

DUNKER, C. **O que é "sintoma" para a psicanálise**. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=bGqyJhQDyMM>. Acesso em: 26 abr. 2017.

FREUD, S. Conferência XVII. O sentido dos Sintomas. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7, p. 233-240. (Trabalho original publicado em 1917)

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. **Rev. Med**., Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

Efetivamente, a febre ou a dor não são enfermidades, mas sim sintomas de que algo não está funcionando adequadamente, ou ameaça ao organismo. Da mesma maneira, com um paciente que sofre de transtornos de ansiedade, depressão, TOC ou adoecimento psicossomático, por exemplo, esses construtos psicológicos ocupam um lugar diagnóstico, mas pouco dizem do conflito emocional subjacente àquele indivíduo. E como aponta Barros (2002), atualmente, uma expressão distorcida com consequências importantes dessa lógica biomédica é o fenômeno da medicalização excessiva. Um sintoma não deve ser encarado como "inimigo", mas sim uma expressão daquele indivíduo, uma forma de ser ou estar no mundo completamente relacionado à sua subjetividade. O objetivo primário da psicologia não é calar o sintoma, mas ouvi-lo.

Sem medo de errar

Para elaborar a importante questão colocada por Cristina nessa nova tarefa, podemos tomar como partida alguns pontos nessa discussão.

A questão da demanda em psicoterapia é muito importante. Entre as três possibilidades colocadas — o paciente hospitalizado, o paciente de UBS e o paciente que busca o psicoterapeuta em seu consultório —, podemos notar diferenças nas abordagens: quem procura quem? Nas enfermarias dos hospitais, o próprio psicólogo chega oferecendo seus serviços — escuta — para os pacientes, enquanto nos dois outros casos é o paciente quem procura o profissional. Pode ser uma discussão interessante articular a questão da demanda nesses cenários.

Outra questão importante para se levar em consideração são as semelhanças e diferenças entre o paciente institucionalizado ou não. Sabemos que a própria vivência de uma doença ou as incertezas de um diagnóstico podem ser ansiogênicas, mas e quanto ao processo de hospitalização? Abordamos, ao longo desta seção, consequências importantes desse momento que podem enriquecer essa discussão.

Com relação às diferenças dos ambientes de trabalho de Fernando, o "postinho de saúde" e o hospital, esses dois lugares tratam das mesmas questões de saúde? Os pacientes usuários desses serviços encontram-se no mesmo momento do seu processo de adoecimento – diagnóstico, tratamento cirúrgico ou medicamentoso? Pensar nessas questões também pode elucidar sobre as implicações emocionais que esses pacientes vivenciam.

Avançando na prática

O meu trabalho é mais importante que isso

Descrição da situação-problema

Carla é uma jovem de 28 anos que busca a UBS perto de sua residência com queixas relacionadas a uma gastrite que desenvolveu nos últimos meses. Após algumas consultas e exames realizados com o clínico geral e nutricionista, Carla recebe a indicação de tratamento medicamentoso e dieta adequada. Com o passar das semanas, a situação de Carla não apresenta melhora, então ela procura o pronto-socorro de um hospital passando muito mal e com forte queimação no estômago. Durante sua admissão no pronto-socorro, um médico percebe que Carla parece muito apreensiva e ansiosa, não deixa de falar ao telefone e parecia discutir em uma das ligações. Ao se aproximar em um desses momentos, o médico apenas pergunta se estava tudo bem com ela, ao que ela responde que está passando por um momento muito tenso e importante em seu trabalho, relata que está fechando um projeto importante e que não aguenta mais a sobrecarga. O médico resolve investigar melhor sobre a vida dela, ela permanece falando do trabalho, dando muita importância, mas dizendo-se exausta, que estava trabalhando até 13 horas por dia.

O telefone de Carla toca e ela pede licença para atender outra ligação importante, ao passo que o médico resolve solicitar uma interconsulta psicológica. Depois de alguns minutos o médico retorna a Carla na companhia da psicóloga da instituição, começa

a explicar que havia ficado preocupado com a situação de estresse psicológico que ela descreveu e gostaria que fosse realizada uma avaliação psicológica para completar o tratamento dela, pois ela parecia estar, nas palavras do médico, "muito perturbada com seu trabalho". Carla reage de maneira tempestuosa, pede que fossem retiradas as medicações endovenosas que estava tomando e solicita alta do pronto-socorro, diz que não estava louca e que apenas queria um tratamento para seu estômago, que havia se sentido desrespeitada por eles. Ela olha enraivecida para os dois profissionais diante dela e fala: "Preciso ir embora, já vi que não vou receber o tratamento que preciso aqui e meu trabalho é mais importante que isso!".

Analisando essa situação e a maneira com que foi conduzido o caso até então pela equipe, como você se colocaria? O que você pode pensar observando a reação dessa paciente? Quais emoções podem estar envolvidas nessa reação e que sentido poderia ter o tratamento para essa paciente? Tanto no papel do médico que fez o pedido de avaliação para Carla como no papel da psicóloga que até então não havia dito nada na cena, como você sugeriria que fossem realizadas essas intervenções?

Resolução da situação-problema

Apesar de evidenciado que Carla precisaria de um acompanhamento psicológico, uma vez que refere estar sob forte estresse emocional e seu tratamento médico não vem surtindo muito efeito, a maneira com que o tema é abordado com a paciente merece muita atenção por parte da equipe. Uma postura de acolhimento, necessária em situações como essa, pode ser difícil de se manejar em um ambiente como um pronto-socorro, é necessário levar em consideração as implicações que o paciente pode estar vivenciando naquele momento, decorrentes da própria hospitalização, como também do desconforto que a doença provoca.

Os membros da equipe, tanto o médico quanto a própria psicóloga, devem deixar claro o motivo daquela intervenção e, se necessário, desmistificar o "louca" que a paciente referiu, bem como não desvalorizar o que é importante para ela naquele momento, ou seja, seu trabalho e o tratamento médico. É necessário também esclarecer que a intervenção psicológica busca apenas compreender se outros aspectos podem estar associados ao seu adoecimento e ao

sucesso de seu tratamento, que a psicóloga não entraria como uma "substituta" do médico naquele momento, mas sim que seria realizado um trabalho conjunto. Quais outras intervenções e métodos de aproximação você consideraria adequados nessa situação, pensando em garantir uma assistência completa e eficaz à paciente?

Faça valer a pena

1. As práticas em saúde podem seguir distintos modelos ou paradigmas de compreensão que regulamentam as ações e dão diretrizes de como vão ser tratadas certas problemáticas.
Sobre o **modelo biomédico** em saúde, é correto afirmar:
a) Ele é decorrente de antigas metodologias e compreensão em saúde, oriundo dos métodos curativos utilizados por civilizações que acreditavam na intervenção dos deuses sobre a saúde dos seres humanos.
b) Leva em consideração aspectos biológicos, sociais e psicológicos, como um pressuposto da Organização Mundial de Saúde.
c) É embasado nas ideias de Hipócrates, como na relevância dada às entrevistas de anamnese e história de vida dos sujeitos.
d) Trata-se de um modelo antigo que não encontra mais respaldo nas práticas assistenciais em saúde atualmente.
e) Também é conhecido como modelo mecanicista, entende o organismo humano como uma máquina biológica em perfeita harmonia quando no estado saudável.

2. Epidemiologia é apontada como uma disciplina básica em saúde, que contribui para o melhor entendimento dos processos de saúde e doença, partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, consequentemente, subsídios para a prevenção de doenças.
Epidemiologia é a ciência que estuda:
a) A incidência de doenças em uma população ou em um grupo social.
b) As comorbidades de doenças em um sujeito.
c) O histórico de adoecimento de um sujeito.
d) As doenças ao longo da história da humanidade.
e) A evolução de uma doença, do ponto de vista médico.

3. Medicina e psicologia, apesar de trabalharem em conjunto e de maneira muito próxima no contexto hospitalar, são saberes que se apoiam em diferentes epistemologias e modelos de compreensão dos fenômenos e seres humanos.
Sobre o conceito de sintoma, para a psicologia e para a medicina, é correto afirmar:

a) Ambas as práticas, medicina e psicologia, têm como foco trabalhar o sintoma no sentido de sua erradicação.
b) Psicologia e medicina compreendem os sintomas segundo a mesma lógica e objetivo diagnóstico.
c) Os sintomas são correlatos de doenças ou desordens, o objetivo do tratamento médico e psicológico é compreender o que o sintoma representa para atuar em sua causa, cada ciência à sua maneira.
d) Sintoma é sinônimo de doença para a medicina.
e) Sintoma é sinônimo de doença para a psicologia.

Seção 2.2

Pressupostos que regem a cultura hospitalar

Diálogo aberto

Junto aos demais psicólogos contratados e Cristina, Fernando começa a realizar visitas e reuniões às diferentes equipes de cuidado do hospital, a fim de escolherem em qual equipe seriam alocados com base nas experiências de trabalho e interesses de cada um. Ao visitar o setor de cardiologia, Fernando é surpreendido ao reconhecer um antigo paciente hospitalizado nesse setor, que ele próprio acompanhara na UBS (Unidade Básica de Saúde). O paciente em questão é o Sr. Zico, com seus aproximados 55 anos. Fernando acompanhou seu tratamento para hipertensão e diabetes na UBS, na qual o Sr. Zico ia buscar seus medicamentos e fazia a prevenção para que suas doenças crônicas não se agravassem. Fernando lembra que chegou a acompanhá-lo em psicoterapia em um período no qual sua pressão arterial e seu nível de glicose no sangue não estavam bem, o que claramente era resultado de um período de estresse familiar.

Fernando resolve perguntar para a enfermeira que guiava a visita na área de cardiologia sobre o estado de saúde do Sr. Zico. Já aceitando Fernando como um profissional de saúde do hospital, a enfermeira conta que havia ficado preocupada, pois ele tinha sido internado com um pico hipertensivo, apesar de preferir tomar todos os seus medicamentos com regularidade, fazer exercícios e se alimentar regularmente, não ser tabagista etc., tomando todos os cuidados de saúde necessários. O médico responsável pelo caso escuta a conversa deles e relata que ele próprio suspeitava de reações emocionais envolvidas nesse quadro, pois o paciente parecia muito choroso. Apesar disso, o médico não sabia direito como proceder nesse caso, afinal o paciente já tinha condições de alta hospitalar. Como sua primeira atuação como psicólogo hospitalar daquela instituição, Fernando conta brevemente sobre o histórico que já conhecia daquele paciente e é convocado pela equipe de cardiologia a pensar em um plano de alta e seguimento para o Sr. Zico. No lugar de Fernando, reflita sobre quais atitudes você teria nessa situação. Ajude também a equipe a elaborar uma espécie de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o Sr. Zico.

Não pode faltar

Como vimos anteriormente, os termos **psicologia da saúde** e **psicologia hospitalar** têm sido utilizados no contexto das práticas psicológicas no Brasil para diferentes campos, inclusive com intersecções entre os hospitais propriamente ditos e as unidades básicas de saúde ou outros dispositivos de atenção primária e secundária. O consensual é que psicologia da saúde refere-se a um campo maior, que abrange também a psicologia hospitalar. Gorayeb (2010) propõe ainda uma distinção entre psicologia da saúde e **psicologia clínica**, afirmando que a psicologia da saúde não é a psicologia clínica aplicada ao ambiente de saúde, assim como psicologia hospitalar não é a aplicação de psicologia clínica nos hospitais. Em uma contextualização geral, o autor localiza a psicologia clínica como uma prática mais antiga, que aplica os conhecimentos da psicologia à solução de problemas pessoais ou grupais.

Sobre as diferenças entre esses campos e os objetos de estudo da psicologia da saúde, psicologia hospitalar e psicologia clínica, temos que a psicologia clínica envolve o atendimento ou tratamento psicoterápico de um indivíduo que apresenta uma queixa ou padece de algum distúrbio comportamental e/ou emocional.

Mas e quanto aos indivíduos atendidos em psicologia da saúde ou psicologia hospitalar? Eles obrigatoriamente têm uma queixa emocional ou um distúrbio psicológico?

O que distingue o trabalho dos psicólogos da saúde ou hospitalares de outros campos da psicologia é o fato de que os indivíduos aqui atendidos têm, em geral, uma questão de saúde física, de diversas ordens ou gravidades possíveis. Provavelmente, o momento da evolução da doença, a gravidade, ou o cenário em que se dá o encontro com o profissional psicólogo é que vai diferenciar se estamos no campo da psicologia da saúde ou hospitalar. No caso da atenção primária, por exemplo, a questão pode também estar mais relacionada à prevenção do adoecimento orgânico, mas sempre pensando nas relações entre saúde e doença física.

Usualmente, estamos falando de um indivíduo com um problema orgânico associado a aspectos emocionais ou comportamentais, podendo tanto o problema orgânico quanto os aspectos comportamentais/emocionais serem causa ou consequência nessa relação.

Gorayeb (2010) também explica que não podemos supor que um psicólogo com boa formação clínica possa simplesmente transferir suas habilidades e seu *modus operandi* da clínica para a área da saúde ou hospitalar. Obviamente, temos alguns princípios e conceitos em comum, a compreensão do ser humano, seu modo de sofrer e até mesmo a postura psicoterápica ao se abordar certos fenômenos, mas é fundamental também estabelecer as diferenças. O autor ressalta que, para ser um bom psicólogo da saúde, o profissional precisa conhecer bem o contexto onde vai trabalhar, seja um hospital, um ambulatório, um posto de saúde ou uma comunidade. Na visão do autor (GORAYEB, 2010), o ambiente é determinante dos processos e procedimentos que poderão ser utilizados, bem como dos padrões relativos ao adoecer, ficar saudável ou ter melhor qualidade de vida. Na psicologia da saúde ou hospitalar, trabalhamos de fato in loco no próprio contexto em que os fenômenos ocorrem, portanto temos de desenvolver habilidades peculiares a essa situação, principalmente uma compreensão detalhada do ambiente, de fatores culturais, psicológicos e emocionais predisponentes à doença. Um conhecimento de epidemiologia e fatores psicossociais de risco para doenças físicas são exemplos que o autor levanta como necessários para uma boa atuação profissional no campo da saúde. O trabalho em equipes, como visto anteriormente, também exige habilidades de relacionamento interpessoal, assim como uma familiaridade com as demais áreas de conhecimento em saúde, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outras.

Castro e Bornholdt (2004) acrescentam que, para o psicólogo estar capacitado a trabalhar em saúde, é imprescindível refletir se sua formação lhe dá as bases necessárias para essa prática, não só teórica e técnica, mas também é necessário um comprometimento social, estar preparado para lidar com os problemas de saúde de sua realidade social. Apesar de estarmos falando de um campo em constante aprimoramento e modificação, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (vamos explorar melhor esse assunto mais à frente nesta seção), as autoras explicam que, pelo fato de a formação em psicologia no Brasil ser baseada em um modelo essencialmente clínico, acabam-se formando profissionais alheios às demandas sociais existentes, "não os habilitando para lidar com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico, a injustiça social, a fome, a violência e a miséria" (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 52),

fatores esses também estreitamente relacionados à saúde de uma população ou de um indivíduo.

Reflita

Uma importante crítica sobre o modelo clínico tradicional, no qual é baseado a identidade profissional do psicólogo no Brasil, recai no fato de que a oferta do trabalho psicológico pode ficar restrita às classes privilegiadas que têm acesso ao tratamento, pensando que até mesmo o tratamento clínico gratuito de instituições públicas e clínicas-escolas não abarca as necessidades de grande parte da população. Esse fato traz consequências até mesmo para a própria psicologia, pois quando nos atemos às teorias de maneira incompatível com a demanda e realidade social, temos concepções de sujeito desvinculadas de seu contexto sociopolítico e cultural. Essas incongruências geram dúvidas até mesmo quanto à cientificidade da psicologia em casos, por exemplo, em que a realidade é de extrema pobreza. O que pode fazer um psicólogo clínico diante de um caso, por exemplo, de uma criança desassistida e desamparada por seus familiares, que começa a apresentar sinais importantes de depressão, sendo que os pais não dispõem de tempo para acompanhá-la em sua internação, uma vez que trabalham doze horas por dia e residem a 3 horas de distância do hospital? Provavelmente, muita coisa, que vai além de criticar "mãe e pai ausentes"!

Então, qual seria a formação pessoal e profissional indicada para os psicólogos que desejam trabalhar no âmbito da saúde?

Como visto até agora, é imprescindível para o psicólogo que ocupa um cargo relacionado à saúde no Brasil a compreensão do sistema vigente, bem como implicações dele para a forma de se pensar a assistência atualmente. Nas palavras das autoras (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 52):

> (...) a formação do psicólogo da saúde deve contemplar conhecimentos sobre: bases biológicas, sociais e psicológicas da saúde e da doença; avaliação, assessoramento e intervenção em saúde; políticas e organização da saúde e colaboração interdisciplinar, temas profissionais, éticos e legais e conhecimentos de metodologia e pesquisa em saúde. Com relação ao psicólogo da saúde que atua especificamente em hospitais, é indispensável um bom treinamento em três áreas básicas: clínica, pesquisa e programação. Com relação

à área clínica, o psicólogo deve ser capaz de realizar avaliações e intervenções psicológicas. Na área de pesquisa e comunicação, é necessário saber conduzir pesquisas e comunicar informações de cunho psicológico a outros profissionais. Por fim, quanto à área de programação, o profissional deve desenvolver habilidades para organizar e administrar programas de saúde. Com essa formação integrada, é possível melhorar a qualidade da atenção prestada, garantir que as intervenções implantadas sejam as mais eficazes para cada caso, diminuir custos e aumentar os conhecimentos sobre o comportamento humano e suas relações com a saúde e a doença.

O SUS deriva diretamente da Declaração de Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que discutiu as condições de saúde dos povos com uma proposta de reorganização dos serviços para atuar junto às comunidades propriamente ditas, oferecendo aos sujeitos os instrumentos para manutenção da saúde, com maior autonomia e expectativa de melhores resultados. Na prática, estamos falando de uma mudança na atenção com investimento maior em serviços de baixa complexidade (e baixo custo) oferecidos à população e próximos às suas residências ou de onde conduzem suas vidas.

O conteúdo dessa declaração encontrou impacto na forma de se pensar e fazer saúde no Brasil, e um movimento social chamado de sanitarista trouxe a base do pensamento preventivo e regionalizado (para onde a comunidade vive), resultando no embrião daquilo que em 1990 tornar-se-ia o SUS.

Segundo Mäder (2016), dado o seu momento histórico e envolvimento por parte da sociedade brasileira, esse movimento confunde-se com a democratização do país e sua importância encontra ainda mais respaldo com a Constituição Federal de 1988, na qual é reformulada a relação do Estado com a saúde e sua promoção para população em geral (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Antes da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde era prevista apenas àqueles que possuíam registro formal de trabalho; não existiam, portanto, serviços de saúde voltados para a população em geral, e os serviços estaduais eram centralizados em grandes centros urbanos ou em hospitais de ensino (MÄDER, 2016). As instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos, desempenhavam a importante função de cuidar daqueles que não tinham o direito e acesso à saúde, grande parte da população brasileira.

O documentário **Políticas de saúde no Brasil**, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Universidade Federal Fluminense (UFF), conta de maneira narrativa ficcional a história das políticas de saúde no nosso país, articulando-a com a história política brasileira. Com uma linguagem acessível e extenso trabalho de pesquisa, o filme também conta com uma maneira atraente de se utilizar os recursos midiáticos e de áudio-visual característicos de cada época, como o rádio, o jornal, a televisão e a internet.

A obra encontra-se disponível na internet em:

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Federal Fluminense; Organização Pan-Americana da Saúde. **Políticas de saúde no Brasil**: um século de luta pelo direito à saúde. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-29821>. Acesso em: 6 maio 2017.

A Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta e dispõe para todo território nacional as novas ações e serviços de saúde propostos pelo SUS. Temos que (BRASIL, 1990):

> Art. 3. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
> Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Essa importante ampliação no conceito de saúde, baseada também no próprio conceito de saúde da OMS, resulta em implicações para além da assistência médica, assim como em uma representação de liberdade, como proposto por Mäder (2016): viver com a presença do medo – medo da violência, medo da miséria, medo da fome, medo de expressar-se – é uma forma de viver sem saúde. Essa promoção de saúde é, então, notadamente ligada à promoção de justiça, igualdade social e cidadania.

Pesquise mais

Não vamos nos ater aqui às legislações e portarias específicas referentes à criação e ao funcionamento do SUS, sendo elas expostas apenas para ilustrar sua compreensão do conteúdo. Entretanto, todas essas legislações podem ser encontradas online e pode ser que elas lhe sejam cobradas em momentos posteriores à sua formação, principalmente no caso de concursos públicos ou processos seletivos simples para cargos relacionados à saúde.

A maioria desses concursos toma como pressuposto que o profissional compreende o funcionamento do SUS, suas instâncias e legislações principais. O livro *Legislação do SUS* é um compilado fundamental de todas as leis e portarias organizadas por tema para facilitar a consulta. No caso de concurso público ou processo seletivo, costuma existir uma bibliografia que aponta as principais legislações, e cargos específicos, como em hospitais, UBS ou Programa Saúde da Família, vão solicitar as portarias ou, atos normativos referentes a essas áreas, mas se pode dizer que os principais itens desse compilado de leitura basal para qualquer profissional da área são:

– Constituição Federal de 1988, Título VIII.

– Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.080/90.

– Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.142/90.

– Decreto nº 7.508/11.

– Resolução nº 453/12.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

No documento realizado pelo Ministério da Saúde em 1990, o *ABC do Sistema Único de Saúde*, temos os conceitos e preceitos fundamentais para a organização do novo SUS. Os preceitos

doutrinários constituem a base de funcionamento do SUS, baseados nos direitos constitucionais, e as instituições de saúde de iniciativa privada também devem seguir esses mesmos preceitos, de maneira que complementam o SUS. Já os princípios constituem os conceitos fundamentais para a organização do SUS. Eles estão apresentados de maneira esquematizada no quadro Assimile, a seguir:

Qual é a doutrina do SUS?

Universalidade – garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.

Equidade – assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a necessidade de cada cidadão, more o cidadão onde morar, sem privilégios ou barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido em sua necessidade.

Integralidade – cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; o homem é um ser integral, biopsicossocial e será atendido, segundo essa visão holística, por um sistema de saúde também integral.

Quais são os princípios que regem a organização do SUS?

Regionalização e hierarquização – serviços organizados em rede e em níveis de complexidade tecnológica e assistencial, dispostos em uma área geográfica delimitada e definidos de acordo com a população a ser atendida. Organizada dessa maneira, a rede de serviços apropria-se de um conhecimento maior dos problemas de saúde da população em que se insere.

Resolubilidade – exigência de que, quando surge um problema individual ou coletivo, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Descentralização – redistribuição das responsabilidades de gestão entre os governos municipais, estaduais e federais, entendendo-se que, quanto mais perto do fenômeno ou fato-problema, mais chance haverá de compreensão e acerto sobre ele.

Participação dos cidadãos – garantia de que entidades representativas da população nos Conselhos de Saúde tenham poder deliberativo e participem do processo de gestão, execução e formulação das políticas públicas de saúde.

(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **O ABC do SUS – doutrinas e princípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.)

Uma discussão e um problema vinculados à coordenação e à assistência em saúde, segundo esses princípios de regionalização, hierarquização e resolubilidade do SUS, é a política de encaminhamentos e fluxo de atendimento dos pacientes. Vimos que, em psicologia hospitalar, a alta médica nem sempre coincide com a alta ou resolução dos conflitos de ordem psicológica. Na prática diária, vemos casos de pacientes que se apresentam com importantes demandas de trabalho psicoterápico reconhecidas no momento da internação e que nem sempre podem dar seguimento na própria instituição hospitalar.

É papel do psicólogo que trabalha na rede de saúde conhecer os diversos serviços e dispositivos presentes na sua comunidade ou em sua cidade para planejar possíveis encaminhamentos e continuidades não só em processos psicoterápicos mas também no tratamento integral aos pacientes atendidos.

Entre esses recursos, salientamos a rede de saúde mental, composta por dispositivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e serviços como nos moldes do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), sendo este último unidades de saúde com o objetivo de promover reinserção social e integração com o mercado de trabalho para pessoas com transtornos mentais, deficiências, idosos, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e para a população em geral.

Conhecer esses dispositivos e a maneira como eles se relacionam localmente pode proporcionar um bom encaminhamento e planejamento terapêutico a um paciente que, por exemplo, tenha ficado internado em um hospital geral devido a complicações de saúde decorrentes do abuso de substâncias, mas que terá alta hospitalar e deve ser atendido integralmente em suas necessidades, como aquelas que levaram originalmente ao abuso de substâncias.

Parte-se do pressuposto de que a integração entre os diferentes dispositivos e níveis assistenciais, incluindo-se aqui o hospital, é um componente fundamental para a oferta integral de atenção em saúde e funcionamento do SUS (ALMEIDA et al., 2010), o que as autoras apontam como uma imagem ideal de um "sistema sem muros".

Dentro dessa lógica do trabalho em rede, o Ministério da Saúde propõe, junto à Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007),

explorando e valorizando os vínculos e afetos que os usuários (pacientes) constroem com os profissionais de saúde, o trabalho em equipes de referência e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Essas ações aprofundam ainda mais o trabalho em rede regionalizada, com contato e discussão coletiva das problemáticas de saúde (individuais ou coletivas) entre as diferentes equipes e serviços de saúde. A definição do PTS compreende quatro momentos: o *diagnóstico*, com enfoque sobre as dimensões orgânicas, psicológicas, sociais e o contexto singular do caso em questão; a *definição de metas*, dispostas temporalmente (curto, médio e longo prazo), incluindo aspectos da comunicação e propostas de intervenção junto ao sujeito doente envolvido; a *divisão de responsabilidades e tarefas* entre os membros da equipe; e a *reavaliação*, na qual, durante a concretização do projeto, este é avaliado ou corrigido perante o que já foi realizado. O PTS é resultado da discussão coletiva entre as equipes e articula as condutas terapêuticas entre os profissionais, visando ao tratamento contínuo e integral ao sujeito, prática essa que também tem o objetivo de igualar os sujeitos e minimizar estigmas: "os pacientes hipertensos" ou "os pacientes diabéticos", valorizando propostas de ações específicas de acordo com a demanda e a necessidade de cada sujeito ou grupo familiar (BRASIL, 2007).

A partir dessas ideias, salientamos a necessidade de que a psicologia – assim como a psicologia hospitalar e a psicologia da saúde –, enquanto ciência jovem e com tímida participação nos programas de saúde, possa, com a valorização e o interesse ativo de seus profissionais, discutir, compreender e assumir funções e papéis para a transformação e integralização na realidade de saúde do país, deixando de lado a ideia de ser eminentemente clínica. Não se pode pensar em clínica e assistência em saúde sem se pensar em gestão, e vice-versa.

Sem medo de errar

Retomando a coincidência vivida por Fernando em seu primeiro contato com a equipe de cardiologia, temos que o contato, o vínculo e o conhecimento anterior sobre o paciente em questão, o Sr. Zico, pode e deve ser aproveitado. O que chama atenção da equipe médica é justamente algo que Fernando já conhecia, o paciente vê-

se estruturado de tal maneira que questões emocionais tendem a interferir no seu tratamento médico.

Uma vez que o Sr. Zico fora atendido previamente na UBS que Fernando trabalhara, pode-se supor que essa UBS é responsável pela região na qual o paciente reside, e Fernando definitivamente pode entrar em contato com os profissionais da sua antiga equipe, a fim de investigar o momento atual de seu tratamento. Espera-se que os profissionais da UBS que cuidavam das questões crônicas de saúde do paciente possam fornecer informações sobre a proposta de medicação atual e outros fatores de ordem médica que auxiliarão no momento da alta hospitalar.

Com relação às questões de ordem psicológica, Fernando pode ter reconhecido naquele momento uma nova demanda de atendimento psicológico para o Sr. Zico. Ainda que os detalhes do processo psicoterápico anterior não estejam necessariamente explícitos, eles estariam disponíveis para consulta no prontuário do paciente na UBS. A proposta de um PTS pode ser feita nesse cenário, propondo um diálogo com a equipe do hospital e da UBS, pensando, principalmente, em qual instituição o acompanhamento psicoterápico (considerado importante) poderia ser realizado. Além do vínculo prévio com o profissional, também é importante levar em consideração alguns princípios do SUS estudados ao longo desta seção, como a regionalização e hierarquização dos serviços.

Uma vez identificada a demanda de psicoterapia para explorar melhor a repercussão da atual situação de vida do paciente em seu adoecimento, pensando na adesão do paciente ao tratamento (UBS próxima de sua residência, vínculo com os profissionais de saúde) e nos princípios do SUS, a UBS que já o acompanha deve receber essa demanda e, para isso, é necessário um acordo mútuo entre as equipes do hospital e da UBS. Sobre o tratamento médico, ao se tratar de uma doença crônica que teve um agravamento agudo (que levou à hospitalização do paciente), esta também deve responder às demandas de acompanhamento de sua doença crônica, entretanto aqui também se deve tomar o cuidado de estabelecer um contato e discutir conjuntamente as novas medicações, abordagens e outros detalhes da doença e do tratamento.

Avançando na prática

Um caso real: o Ato Médico

Descrição da situação-problema

Propomos aqui uma discussão acerca do Projeto de Lei nº 7.703/06, que ficou conhecido como a Lei do Ato Médico. Ainda que sofrendo muitas mudanças ao longo do trâmite no Congresso, o projeto visa diferenciar os campos de trabalho em saúde e converter práticas assistenciais em uma lista de procedimentos privativos do médico. Muitos desses procedimentos elencados no projeto não são de competência única e exclusiva do médico, como é o caso do diagnóstico de doenças mentais e prescrição terapêutica, por exemplo, em casos de depressão e ansiedade. Segundo as diretrizes propostas, ações como diagnosticar nosologicamente e propor tratamentos específicos, para um caso de depressão, por exemplo, seriam ações exclusivamente dos médicos, ainda que, encaminhando esses pacientes para a psicoterapia, essa necessidade deve ser diagnosticada e validada por um profissional médico.

Com base nessas informações, no que foi estudado ao longo desta seção e em novas pesquisas que você pode realizar sobre essa discussão, proponha um novo debate sobre esse projeto de lei e sua relação com a ideologia proposta com a criação do SUS. Essa é uma importante discussão ainda em voga e que mobiliza as diferentes classes de profissionais de saúde.

Resolução da situação-problema

Considerada como uma lei abusiva, o Ato Médico contém propostas que ferem e não encontram respaldo na literatura científica atual e na Constituição Federal Brasileira de 1988. Essa lei deslegitima a efetividade comprovada da assistência de saúde em equipes multidisciplinares, tornando os outros profissionais subjugados e sem autonomia perante a ordem médica.

Um dos principais debates é que ações como diagnosticar e propor tratamentos específicos (para doenças mentais, por exemplo) não encontram respaldo técnico ou científico na literatura (por qual motivo apenas profissionais de medicina teriam competências para tal?) e fere os direitos constitucionais dos profissionais de outras classes, psicólogos, por exemplo, que também são devidamente

treinados para realizar tais ações e ficam excluídos ou reféns do discurso médico nesse processo.

O paradigma biopsicossocial que norteia as diretrizes e os princípios do SUS, assim como o processo de humanização na área da saúde, busca superar o enfoque biologicista ou biomédico nessas práticas e direcionar para ações que incluam os aspectos socais e psicológicos que determinam a vida e o adoecimento das pessoas. Podemos pensar que reside aí um engessamento no conceito de saúde, lembrando que, para a OMS, saúde não significa a ausência de doença ou enfermidade, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Realmente, acreditamos, hoje em dia, que uma única classe de profissionais é capaz de dar conta de toda a complexidade dos processos saúde-doença? Toda essa ideia não parece um retrocesso em relação ao trabalho coletivo e à assistência integrada, originados de séculos de mudanças sociais?

Faça valer a pena

1. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, é realizada uma reformulação nos princípios e nas diretrizes que regem a saúde no país, a população é instituída de direitos e possibilidades de participação nesse processo até então inédito nesse contexto.

São direitos que integram o SUS desde o momento de sua criação:

a) Acesso irrestrito e universal aos serviços de seguro saúde, atendimento em instituições conveniadas e participação popular.

b) Direito à informação clínica, descentralização de recursos e atendimento diferenciado.

c) Universalidade e acesso direto ao atendimento em especialidades médicas.

d) Universalidade, integralidade e igualdade no acesso à assistência em saúde.

e) Direito à informação em saúde e participação popular.

2. Um paciente de 55 anos, engenheiro, funcionário público, com diagnóstico de diabetes mellitus do tipo 2, procurou uma unidade básica de saúde para receber a medicação hipoglicemiante, visto que seu plano de saúde particular não fornece o remédio gratuitamente.

O princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que dá respaldo e garante o acesso desse paciente, bem como de qualquer indivíduo aos serviços do SUS, é:

a) Equidade.

b) Participação da comunidade.

c) Regionalização.

d) Hierarquização.

e) Universalidade.

3. A partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, ficaram estabelecidos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, incluindo a descentralização da gestão e das políticas da saúde.

O princípio da descentralização político-administrativa, importante para a gestão em saúde, inclui:

a) A necessidade de estudos epidemiológicos para estabelecer prioridades na saúde.

b) A regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde.

c) O acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência dentro dos grandes centros urbanos.

d) A preservação da autonomia dos sujeitos quanto à busca pelos serviços de saúde.

e) A presença de serviços de saúde dos três níveis de assistência necessariamente em todas as regiões populacionais.

Seção 2.3

Assistência psicológica

Diálogo aberto

Toda a coincidência que se deu no trabalho com o paciente Zico trouxe a Fernando uma nova perspectiva sobre o trabalho hospitalar. Ele relembrou dos pacientes e dos programas de prevenção e promoção de saúde com que teve contato na UBS e de como o trabalho hospitalar parece uma continuidade dos cuidados, quase como se estivesse em outro momento do processo de "saúde x doença" dos pacientes. A enfermeira-chefe e o médico com os quais Fernando teve contato no setor de cardiologia o procuraram interessados na sua prática com os pacientes portadores de doenças crônicas na UBS, doenças essas que, em alguns casos, acarretam hospitalizações sob cuidados dessa equipe. Os três embarcam em uma discussão frutífera acerca dos aspetos emocionais envolvidos nas cardiopatias. Fernando escuta atentamente as impressões dos outros profissionais e eles conversam sobre temas, como a relação entre o estresse e os infartos, o significado simbólico que o coração traz e como os pacientes ficam muito assustados e com muitas dúvidas e receios com o adoecimento desse órgão especificamente.

Ao fim da conversa, os representantes da equipe de cardiologia fazem um convite para que Fernando passe a ser o psicólogo hospitalar desta equipe. Ele fica muito interessado, pois sente que, com seu próprio percurso clínico, consegue refletir sobre as questões de saúde desses pacientes e oferecer sua contribuição profissional. Um último tópico abordado entre os profissionais é sobre uma preocupação recorrente dentro da equipe no que diz respeito aos pacientes hospitalizados em curta duração, como no caso do Sr. Zico, e mais especificamente aos seus familiares. A enfermeira relata que, nos horários de visita, percebe familiares muito angustiados, com dúvidas acerca de como tratar seu familiar adoecido, do que ele pode ou não se alimentar, preocupados em não "deixar passar nervoso", alguns se sentindo culpados pelo adoecimento, outros demonstrando sentimentos de raiva e hostilidade perante a equipe de cuidados.

Enaltecido pelo convite para participar da equipe, Fernando conta com sua ajuda para elaborar uma resposta acerca das intervenções que ele, como psicólogo hospitalar, pode incluir na equipe de cardiologia. Use sua imaginação para apresentar novas práticas de intervenção psicológica no hospital, pensando nas internações de curta, média ou longa duração. Lembre-se de responder sobre as dificuldades apresentadas por eles no trato com os familiares dos pacientes, propondo intervenções e trazendo a sua compreensão como psicólogo acerca da dinâmica do familiar envolvido na internação dos pacientes. Com sua ajuda, Fernando certamente, conseguirá elaborar uma boa resposta aos profissionais da equipe de cardiologia, afinal ele já sente que é entre eles que está sua integração e percurso como psicólogo hospitalar naquela instituição.

Como sugestão para estruturar sua atuação, você pode auxiliar Fernando pensando em duas intervenções que poderiam ser inseridas no cotidiano do hospital no próximo mês. Caso prefira, você também pode propor um tipo de intervenção possível para cada "personagem" do cenário hospitalar – paciente, familiares e equipe – que possa melhorar a assistência em saúde dessa unidade.

Não pode faltar

Como visto anteriormente, a internação em um hospital acarreta a necessidade de o indivíduo ajustar-se ao novo ambiente, e é comum o desenvolvimento de diversas reações de ordem psicológica, tanto positivas, que facilitam o enfrentamento, quanto negativas, que acabam por interferir em seu tratamento e recuperação. É compreensível que o adoecimento e os cuidados com a saúde se tornem fatores potenciais de estresse e comorbidades psicológicas. Dessa maneira, a psicologia hospitalar tem a responsabilidade de identificar e manejar as possíveis dificuldades decorrentes da hospitalização, atuando para a recuperação do paciente, o bem-estar da família e um trabalho mais saudável da equipe hospitalar (SANTOS et al., 2011). Esse tripé – **paciente, família e equipe** – representa uma tripla dimensão de atuação e intervenção da psicologia hospitalar, e sobre esse tema, vamos nos ater, ao longo desta seção, a exemplos das possíveis e mais utilizadas modalidades de intervenções para, então, também abordar as consequências e especificidades do *setting* terapêutico nos hospitais.

Em uma análise crítica sobre a prática psicológica hospitalar no Brasil e levantamento de demandas psicológicas existentes, Tonetto e Gomes (2005) levantam dois modelos possíveis de atuação para o psicólogo hospitalar: o modelo clínico e o de atenção integral à saúde. O modelo clínico caracteriza-se por atendimentos individuais aos pacientes hospitalizados nas enfermarias, com pouca ou nenhuma interação com as equipes de saúde; já o modelo de atenção integral, mais predominante, caracteriza-se pela atuação em diversos espaços do hospital, em constante interação com os demais profissionais de saúde, principalmente nos casos de interconsulta, visando prestar assistência aos pacientes, familiares, equipe e comunidade.

É importante salientar que esses modelos, muitas vezes, não estão definidos a priori, podem intercalar-se de acordo com o caso em questão a ser trabalhado e até mesmo com o momento da prática em determinado hospital. Segundo Tonetto e Gomes (2005), nos hospitais com um serviço de psicologia organizado, os profissionais concentram suas atividades em unidades diversas (maternidade, pediatria, oncologia etc.) que de alguma maneira valorizam ou reconhecem a assistência psicológica; em contrapartida, existem instituições em que os profissionais atendem a pacientes internados apenas por pedidos de interconsulta. As autoras referem, com base no levantamento estatístico realizado, que o procedimento padrão, na maioria das instituições, é que os psicólogos passem diariamente, ou na frequência possível, a depender do número de leitos, nos quartos e enfermarias para apresentarem-se como assistência psicológica ou realizar uma breve conversa no sentido de uma avaliação momentânea dos pacientes. A partir desse procedimento, identificam-se os casos que necessitam de atendimento psicológico. Essa presença constante do profissional é apontada pelas autoras como positiva, uma vez que resulta em uma maior interação com a equipe e proximidade com os pacientes.

Já Gorayeb e Guerrelhas (2003) apontam a necessidade de um serviço de psicologia estruturado para atender às demandas da população e da instituição. Os autores fazem uso de uma prática sistematizada que também pode ser utilizada para produzir conhecimentos novos e relevantes para áreas como construção científica e, seguindo esses moldes, muitas instituições valorizam a sistematização dos procedimentos e instrumentos utilizados nas intervenções. O quadro a seguir traz um exemplo desse modelo.

Sobre as questões importantes em uma primeira avaliação ou entrevista com o paciente, Gorayeb e Guerrelhas (2003) trazem que o primeiro **contato com um paciente** deve servir para uma coleta de dados objetiva acerca de sua história de vida, relação com a enfermidade, alterações de hábitos decorrentes da situação atual, mudanças emocionais, entre outros. Os autores propõem como questões de roteiro de entrevista semiestruturada para um primeiro contato com o paciente:

– Dados individuais importantes para análise da história de vida e adoecimento.

– Características da comunicação paciente–equipe.

– Fatores cognitivos, comportamentais e emocionais alterados a partir da doença.

– Problemas e dificuldades relacionados a procedimentos terapêuticos.

– Identificação da rede de apoio social.

Esse modelo de roteiro sistematizado proporciona uma coleta de dados iniciais que podem balizar as próximas intervenções com os pacientes ou reconhecer necessidades de outra ordem, como trabalhar a relação equipe–paciente, envolver a família ou rede de apoio no processo de hospitalização e propor assistência psicológica para a família/cuidadores do paciente. Gorayeb e Guerrelhas (2003) apontam ainda que a sistematização das ações e intervenções, como em um roteiro de entrevista para o primeiro contato com o paciente (esse assunto será abordado de maneira mais aprofundada em uma seção próxima, quando discutiremos a avaliação psicológica nos hospitais), pode trazer novas compreensões acerca das relações saúde x doença nos indivíduos e em uma população ou contexto ambiental em que se inserem. Os autores trazem como exemplo que, baseado nos primeiros contatos com os pacientes com diagnóstico de neoplasia no aparelho digestivo, é possível estabelecer correlações que se repetem, como: a maioria dos pacientes possui histórico de tabagismo ou alcoolismo; são trabalhadores da zona rural e atribuem a doença aos esforços físicos contínuos; geralmente, são empobrecidos e têm dificuldades de comunicação. A análise dessas informações permite que se estabeleça um plano terapêutico individual, um plano terapêutico de ação coletiva ou a ênfase em questões que merecem atenção ao longo do tratamento desses pacientes. No exemplo

citado: se nos momentos de avaliação são identificadas dificuldades de comunicação do paciente com a equipe médica, podem-se trabalhar treinos de comunicação ou incentivo em ambas as partes (equipe e paciente), para que a comunicação se dê didaticamente, de acordo com as possibilidades de compreensão dos pacientes. De maneira geral, temos que o primeiro contato com os pacientes deve servir para que, sumariamente, conheça-se o indivíduo que está à frente do psicólogo, suas demandas, necessidades individuais, fantasias e temores acerca do que está se passando com ele.

Segundo Tonetto e Gomes (2005), o atendimento psicológico de pacientes internados costuma ser realizado individualmente e os objetivos das intervenções oscilam entre (p. 286):

> avaliar o estado emocional do paciente; esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamento e hospitalização; amenizar angústias e ansiedades frente a situações desconhecidas; trabalhar vínculos mãe-bebê; trabalhar aspectos da sexualidade envolvidos na doença e no tratamento; preparar para cirurgia; garantir adesão ao tratamento; auxiliar na adaptação à condição de vida imposta pela doença; orientar os pais sobre maneiras mais adequadas de informar as crianças sobre a hospitalização ou morte de um familiar; e facilitar o enfrentamento de situações de luto e de morte.

Reflita

Apesar de os principais objetivos estarem apontados de maneira sucinta e didática nas palavras das autoras (TONETTO; GOMES, 2005), propomos aqui uma discussão acerca dos alcances e limites da assistência psicológica com base no uso das palavras "esclarecer dúvidas" e "garantir a adesão". A necessidade de cada vez mais aceitação das intervenções psicológicas no meio hospitalar tornam-se indiscutíveis, entretanto alguns cuidados devem ser tomados ao se aceitar sem questionar algumas demandas ou solicitações feitas por parte da equipe. Problematizando o que fora apresentado como "esclarecer dúvidas", podemos entender que a função do psicólogo nesse contexto não seria exatamente explicar aos pacientes detalhes específicos de procedimentos, diagnóstico, cirurgias, ou prognóstico, por exemplo, sabemos que essas informações são de ordem médica e não podem ser interpoladas pelo saber do psicólogo. O que pode e deve ser trabalhado nesses casos é uma investigação precisa acerca das

dificuldades de compreensão ou de relacionamento que estão em jogo na relação médico-paciente. Ao se reconhecer falhas na compreensão do paciente durante um atendimento psicológico, é necessário trabalhar esse fato em conjunto com a equipe, e não simplesmente sanar essas falhas, mesmo que seja do conhecimento do profissional. Da mesma maneira, temos de tomar cuidado ao se dizer "garantir", seja garantir a adesão, ou garantir que o paciente esteja pronto para a cirurgia, por exemplo, entendemos que os atendimentos psicológicos podem propiciar melhores condições emocionais, mas o que dizer de uma garantia de que o paciente vai seguir estritamente as ordens médicas? Da mesma maneira, é possível que um psicólogo forneça ao paciente ou familiar detalhes técnicos de um procedimento cirúrgico?

Em um estudo empírico com o objetivo de levantar os principais modelos de atenção psicológica em hospitais, Marcon, Luna e Lisbôa (2004) listam os principais modelos de assistência individual nos hospitais consultados na região sul do país, resultado esse que pode ser considerado para a prática da psicologia hospitalar como um todo: psicoterapia com pacientes e familiares; psicodiagnóstico individual; acompanhamento psicológico (pré e pós-cirúrgico, durante a internação e para procedimentos e exames); entrevista psicológica com pacientes e familiares; atividades lúdicas e visita domiciliar; acompanhamento psicológico dos pais (preparação para cirurgia dos filhos e óbito) e seminários e palestras informativas para familiares de pacientes psiquiátricos. Em atendimento grupal, são listados: grupo de apoio ao paciente (alcoolismo, dependência química, câncer, puérperas, gestantes de alto risco, HIV e cirúrgico); grupos de lazer; grupos de sala de espera, recepção e saída; grupos de apoio aos familiares (pacientes em UTI e UTI neonatal, fila de espera para transplantes ou outras cirurgias); e grupos de apoio a pacientes psiquiátricos.

O impacto psicológico de um diagnóstico também atinge toda a unidade familiar, uma vez que esse núcleo social primário do paciente também sofrerá implicações da situação de doença e hospitalização (OLIVEIRA et al., 2005). A família também deve ser objeto de um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico do paciente, e deve ser realizada uma avaliação que visa detectar a necessidade ou não de intervenções suportivas ou de outra ordem para com os familiares, da mesma maneira que com os pacientes. Oliveira et al. (2005) apontam algumas possibilidades dessas

intervenções e, entre elas, as reuniões familiares, com objetivo focal para suporte emocional ou informações sobre os procedimentos hospitalares, promovendo, assim, a conscientização sobre os recursos psíquicos que podem ser mobilizados no enfrentamento da situação, trabalhando as resistências às mudanças e inserindo a família como parte integrante do processo terapêutico.

Os grupos de familiares nos mais variados contextos e situações (UTI, pré ou pós cirúrgico, internações prolongadas etc.) também podem ser um modelo de assistência importante, tanto do ponto de vista informativo quanto para auxiliar os familiares a exercerem a função de acompanhante nas enfermarias (ou pós-alta). Oliveira et al. (2005) apontam que a existência desses grupos de apoio ao familiar pode proporcionar o surgimento de questões e conflitos psíquicos importantes, visto que os familiares encontram um espaço para falarem livremente de suas tensões e dificuldades, seu receio de não serem bons cuidadores e para compartilharem experiências com pessoas que vivenciavam a mesma situação de crise. Na possibilidade de serem escutados, compreendidos e amparados pelos profissionais da equipe e outros familiares residem os recursos terapêuticos dessa modalidade de atendimento em grupo.

Exemplificando

As doenças "incapacitantes" implicam prejuízos significativos no desempenho ou na capacidade do sujeito, seja de ordem cognitiva (Alzheimer, lesões cerebrais), sensorial (cegueira, surdez) ou motora (esclerose múltipla, AVC com paralisias, amputações). Romano (2008) explica sobre a necessidade de a família assimilar esses aspectos, elaborar um luto pela perda do "antigo" familiar, sendo papel do psicólogo favorecer a expressão de sentimentos (inclusive raiva, revolta ou tristeza) frente à situação, estimulando um posicionamento mais ativo e participativo frente às decisões e mudanças necessárias.

A autora salienta que o efeito da incapacitação em cada grupo familiar dependerá também de aspectos, como: o papel desempenhado e o lugar ocupado pelo familiar adoecido na estrutura e dinâmica do grupo, a flexibilidade e os recursos psíquicos disponíveis pelos cuidadores.

O confronto da família com o adoecer agudo de um de seus membros costuma despertar a necessidade de uma reorganização imediata. É comum que a família, diante de uma ameaça à vida ou integridade de um de seus membros, encontre-se em crise ou

dividida (ROMANO, 2008). Diante disso, a autora aponta que a intervenção psicológica deva favorecer o processo de adaptação da família a esse momento, trabalhando a expressão de sentimentos, fantasias, expectativas e temores; incentivando o contato e a busca por informações precisas acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico; auxiliando no processo de reorganização dos papéis familiares; favorecendo recursos e estratégias de enfrentamento; e abordando as perspectivas de mudanças vinculadas aos projetos de vida frente à nova realidade.

Diferentemente do quadro agudo, o adoecimento crônico pode exigir uma contínua adaptação e alteração até mesmo permanente dos papéis e da dinâmica familiar. Somando-se uma preocupação com o estado de saúde e autocuidado dos próprios familiares e cuidadores, que muitas vezes acabam minimizando os momentos dedicados a si em função do familiar adoecido, ficando suscetíveis a maior estresse emocional e tendência a isolamento social (ROMANO, 2008).

Pesquise mais

A fim de aprofundar-se mais nas relações entre a psicologia hospitalar e a família do paciente hospitalizado, sugerimos três textos científicos sobre o tema.

O primeiro deles é um artigo que explora as implicações psicológicas que os familiares podem vivenciar junto ao paciente hospitalizado:

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2017.

Já o segundo artigo explora o acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos e traz reflexões sobre a família enlutada e sugestões interessantes de procedimentos para o atendimento psicológico:

SILVA, A. L. P. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em Psicologia**, Santa Catarina, v. 7, n. 1, p. 27-35, 2003. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3204>. Acesso em: 18 maio 2017.

O terceiro trabalho traz compreensões acerca da representação social que as próprias famílias trazem sobre o trabalho da psicologia hospitalar, com base nas suas próprias vivências do atendimento psicológico:

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. de. Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2017.

Ainda que, por questões éticas e profissionais, a equipe de saúde do hospital não seja objeto direto de intervenção terapêutica (justamente por serem colegas do profissional), sabe-se que a equipe também vivencia, na sua prática cotidiana, sentimentos ambivalentes de onipotência e impotência perante o trabalho em saúde, a cobrança da expectativa de todos os envolvidos e a percepção da própria finitude. Almeida e Malagris (2011) apontam que o psicólogo deve, sempre que possível, atuar como facilitador do fluxo dessas emoções e reflexões, detectar focos de estresse e sinalizar defesas exacerbadas. A posição de análise e correlacionar dificuldades na relação entre os pacientes e os profissionais também pode exercer uma função terapêutica para ambos os lados.

Com relação às atividades desenvolvidas em conjunto com as equipes de saúde nos hospitais, Marcon, Luna e Lisbôa (2004) trazem como sendo as mais frequentes: coordenação conjunta de grupos; elaboração de cartilhas de informações; grupos de reflexão sobre as atividades médico-assistenciais; observação da relação médico paciente; participação em eventos comunitários; projeto de educação continuada em saúde; entrevista com os pacientes para apoio e encaminhamento; reuniões com equipe administrativa (planejamento, gestão e troca de informações); reunião de estudo ou discussão de caso com equipe e interconsulta psicológica.

É imprescindível ter em mente que, como apontado anteriormente, esses atendimentos e intervenções no ambiente hospitalar devem levar em consideração o *setting* disponível na instituição. Atendimentos à beira leito, corredores das enfermarias e quartos com outros pacientes internados são aspectos que devem sem ponderados para proporcionar o trabalho, como também resguardar o devido sigilo aos

pacientes ou familiares. Simonetti (2011) pondera que, para o sucesso do trabalho em psicologia hospitalar, é necessário muito pouco: um sujeito que queira falar e um psicólogo que saiba escutar. Ele explica que o *setting* é psíquico, virtual, ou seja, um artifício para que se ocorra o atendimento e, mesmo que saibamos das adversidades (interrupções, barulhos, tempo curto, falta de privacidade etc.), é necessária uma postura flexível da parte do psicólogo que possa contornar com criatividade e respeito essas limitações. O autor traz que o local de atendimento em psicologia hospitalar é onde o paciente se encontra, e não a "sala do psicólogo", espaço que nem sequer existe na maioria dos hospitais. Citando Romano (1999), Simonetti (2011) reflete acerca da posição passiva de "esperar os pacientes", afirmando que, em psicologia hospitalar, o psicólogo deve estar onde os acontecimentos estão, circulando pelos corredores, nas enfermarias, no beira leito, próximo à equipe e ao encontro daqueles que necessitam de seu atendimento.

Sem medo de errar

As questões apresentadas a Fernando pelos profissionais da equipe de cardiologia, certamente, representam grande parcela das dificuldades que as equipes de saúde como um todo enfrentam ao lidar com seus pacientes e familiares. Atender às demandas dos pacientes ou de seus cuidadores não significa e definitivamente não é sinônimo de agir de acordo com o esperado, não frustrar ou responder exatamente àquilo que é pedido. No trato em saúde, essa discrepância ainda carrega muitos significados. Ainda que com o objetivo de evitar o sofrimento e proporcionar a cura, a equipe de cuidados se vê diante de situações nas quais existem impossibilidades concretas, e seus limites são testados cotidianamente.

Atender aos pedidos ou à demanda da equipe também é um trabalho que sempre deve ser ponderado pelo profissional psicólogo. Não está ao nosso alcance, por exemplo, sanar o comportamento dos familiares de certo paciente que choram copiosamente no ambiente hospitalar; esse choro pode ser até incentivado ou esperado. No caso dessa situação, pensar em quais podem ser as reais dificuldades que a equipe tem com os familiares pode ser um ponto de partida, assim como discutir com a própria equipe as expectativas de como esses familiares "deveriam se comportar".

Para além desses questionamentos, ao longo desta seção, você entrou em contato com diversos modelos de assistência e intervenção que podem ser utilizados para elaborar uma resposta objetiva à equipe. As sugestões de bibliografia do quadro "Pesquise mais" também podem lhe proporcionar mais recursos técnicos, a fim de responder às dúvidas que os profissionais colocaram a Fernando.

Lembre-se também de que a falta de informações concretas (ou informações por excesso ou contraditórias) pode ser uma importante fonte geradora de ansiedade para os familiares, mas sempre ponderando que, em alguns momentos, as informações podem não ser passadas simplesmente por não existirem certezas acerca do processo ou prognóstico do paciente.

Algumas sugestões de intervenções ou propostas de atuação que podem ser oferecidas são a criação de grupos informativos multiprofissionais de livre participação, grupos terapêuticos em enfermarias ou UTIs para os familiares. Do ponto de vista das entrevistas e dos atendimentos individuais, pode-se pensar na construção de instrumentos específicos para avaliação inicial de pacientes/familiares. Em relação à equipe de trabalho, podem ser organizados grupos de discussão semanal com os profissionais da equipe, com compartilhamentos sobre o trabalho e discussão dos casos atendidos.

Avançando na prática

Sr. e Sra. A

Descrição da situação-problema

Sr. A é um paciente com 60 anos que viajou do interior do estado para submeter-se a uma importante cirurgia de aneurisma cerebral. Sra A, sua esposa, é informada, na primeira visita ao seu marido na UTI, sobre a ocorrência de uma complicação cirúrgica que acabou resultando na paraplegia dos membros inferiores de seu marido. Ainda que esse primeiro momento tenha sido de difícil elaboração, o verdadeiro impacto dessa notícia se deu dias depois durante um atendimento psicológico com a Sra. A.

Em prantos e visivelmente aflita, a esposa dizia que não era com aquele marido que ela havia se casado e refletia sobre a dependência que ele agora teria "até para ir ao banheiro!". Ela dizia: "Era ele quem sempre cuidou de nós. Como minha família vai reagir? Não sei nem

por onde retomar minha vida agora, todas as decisões partiam dele, era ele quem trabalhava para nos sustentar, nem dirigir eu sei. Ele era nosso pilar central da família".

Surpreendentemente para a equipe, o Sr. A demonstrava-se aparentemente calmo e aceitando bem sua paralisia. Ao ser questionado sobre os últimos acontecimentos durante seu atendimento psicológico, o paciente, com poucas palavras, resume-se a dizer que com ele estava tudo bem, que fora a vontade de Deus e que as atenções deveriam ser para sua esposa, que parecia não aceitar bem a situação. Entretanto, percebe-se uma certa evitação em aprofundar-se no assunto.

Como podemos explicar e tentar compreender a dinâmica familiar desse casal? Podemos dizer que existem indícios de que a dinâmica familiar esteja, de alguma maneira, influenciando na dinâmica da hospitalização? O que você pensa sobre isso, e quais possíveis intervenções julga apropriadas nesse caso?

Resolução da situação-problema

Obviamente, estamos diante de um caso hipotético e com poucas informações a respeito das dinâmicas psíquicas envolvidas, entretanto pode-se supor ou vislumbrar que a dinâmica do casal esteja de alguma maneira se reproduzindo na própria internação. A tendência do Sr. A de mostrar-se forte e "ser o pilar" da família pode ser observada no afastamento de seu próprio sofrimento para que seja cuidado do sofrimento de sua esposa, e é importante para o psicólogo reassegurar ao paciente que sua esposa esteja recebendo a atenção adequada, mas que ele próprio também poderia estar vivendo um momento muito difícil.

Até o final desse processo de hospitalização "do casal", o psicólogo pode se ocupar em trabalhar separado e individualmente (para que não ocorram interferências ou atravessamentos do que cada um quer "proteger" do outro) a capacidade de reorganização interna e também adaptação às demandas externas ("ele não consegue nem ir ao banheiro mais sozinho..."), inerentes à reorganização de papéis e nova dinâmica familiar necessariamente estabelecida. Envolver outros familiares, como os possíveis filhos do casal, diante da gravidade do caso, também pode ser uma opção interessante, desde que isso seja acordado previamente com o Sr. e a Sra. A.

Faça valer a pena

1. O trabalho de um psicólogo hospitalar pode se dar de diversas maneiras, organizado de acordo com as demandas da instituição e os objetivos da assistência. O trabalho hospitalar pode ser gerido de acordo com a posição que o psicólogo ocupa na equipe, como ele transita entre os diferentes ambientes e como ele realiza seus trabalhos assistenciais.
São considerados modelos possíveis de atuação dentro da psicologia hospitalar:
a) A psicanálise e a terapia cognitiva comportamental.
b) Assistência ao paciente e assistência ao grupo familiar.
c) Modelo clínico e de atenção integral à saúde.
d) Interconsulta e atendimento sob demanda do paciente.
e) Psicoterapia breve e psicoterapia ambulatorial pós-alta hospitalar.

2. Além do trabalho clínico-assistencial com os pacientes nos diversos contextos hospitalares, a psicologia hospitalar também reconhece a necessidade e parte da ideia de se oferecer assistência aos familiares dos pacientes hospitalizados.
O atendimento aos familiares dos pacientes, em contexto hospitalar, dá-se:
a) Quando solicitado pela equipe de cuidados.
b) Quando reconhecida demanda de atendimento por parte do psicólogo.
c) Quando os próprios familiares ou pacientes solicitam atendimento.
d) No caso de situações específicas e pontuais, como para avaliação psicológica.
e) Todas as alternativas estão corretas.

3. Em um primeiro contato com a função assistencial com um paciente na cena hospitalar, é importante que o psicólogo planeje sua intervenção a fim de:
I. Conhecer dados da história de vida e histórico de adoecimento do paciente.
II. Reestabelecer a dinâmica familiar vigente, com o objetivo de proporcionar uma ausência temporária do paciente enquanto se encontra fragilizado.
III. Levantar fatores cognitivos, comportamentais e emocionais que podem estar alterados a partir da doença ou hospitalização.
IV. Propor novas técnicas de enfrentamento aos pacientes, com base na literatura vigente em psicologia hospitalar.
V. Identificar dificuldades e angústias relativas aos procedimentos ou ao ambiente hospitalar.
Quais afirmações podem ser consideradas adequadas para um primeiro contato com um paciente hospitalizado? Assinale a alternativa correta.
a) I, II e V, apenas.
b) I, II e IV, apenas.
c) II e IV, apenas.
d) I, III e V, apenas
e) IV e V, apenas.

Referências

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2017.

ALMEIDA, P. F. de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2017.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde soc**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Brasília, DF: Senado, 1988; Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 6 maio 2017.

_____. **Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 6 maio 2017.

_____. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BURD, M. Diabetes mellitus: uma visão psicossomática. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 582-600.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 6 maio 2017.

DUNKER, C. **O que é "sintoma" para a psicanálise**. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=bGqyJhQDyMM>. Acesso em: 26 abr. 2017.

FREUD, S. Conferência XVII. O sentido dos Sintomas. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7, p. 233-240. (Trabalho original publicado em 1917)

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Rev. Bras. de Terap. Comp. Cog.**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003. Disponível em <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/87/76>. Acesso em: 17 maio 2017.

GORAYEB, R. Psicologia da saúde no Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. spe, p. 115-122, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2017.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2017

MÄDER, B. J. Fundamentos em psicologia hospitalar e da saúde. In: KAMERS, M.; MARCON, H; MORETTO, M. L. T. (Orgs.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde.** São Paulo: Escuta, 2016. p. 47-63.

MARCON, C.; LUNA, I. J.; LISBÔA, M. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a04>. Acesso em: 16 maio 2017.

MARCON, H. H. O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In: KAMERS, M.; MARCON, H. H. & MORETTO, M. L. T. (Orgs.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 25-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Ministério da Saúde: Brasília, 1990.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. de. Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2017.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2017.

OLIVEIRA, E. A. et al. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/10_intervencao_junto_familia_paciente_alto_risco.pdf>. Acesso em: 18 maio 2017.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. **Revista Medicina**, Minas Gerais, v. 13, n 3, p. 221-228, 2003.

ROMANO, B. W. **Manual de psicologia clínica para hospitais.** São Paulo: Casa do

Psicólogo, 2008.

SANTOS, N. C. A. et al . Interconsulta psicológica: demanda e assistência em hospital geral. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 325-334, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2017.

SILVA, A. L. P. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. **Interação em Psicologia**, Santa Catarina, v. 7, n. 1, p. 27-35, 2003. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3204>. Acesso em: 18 maio 2017.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. **Psico,** Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 293-291, 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/museupsi/lafec/27.pdf>. Acesso em: 18 maio 2017.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Atuação do psicólogo e cotidiano hospitalar

Convite ao estudo

Ao longo desta unidade, você vai conhecer mais detalhadamente a atuação do psicólogo nos diferentes contextos e unidades de um hospital. Já situados acerca dos paradigmas e das diretrizes que regem o trabalho em psicologia hospitalar, vamos nos ater aos diferentes ambientes do hospital e suas implicações para os pacientes.

O atendimento psicológico em hospitais prevê uma transitoriedade entre pronto socorro, ambulatório, UTI, pediatria, enfermaria, atendimento em grupos, pré ou pós-cirúrgicos etc. São variados os momentos e locais em que a psicologia hospitalar atua e, ao longo desta unidade, vamos explorar cada um deles. O objetivo aqui é que você se familiarize cada vez mais com a práxis da psicologia hospitalar.

Retomando a trajetória da implementação do serviço de psicologia hospitalar que acompanhamos desde o início de nossos estudos, temos que, oficialmente como psicólogo hospitalar integrante da equipe de cardiologia do hospital, Fernando sente se cada vez mais "em casa" trabalhando com aquela equipe. Os dias passam e ele começa a conhecer cada vez mais sobre a área escolhida para trabalhar: os pacientes com as diferentes cardiopatias, os desafios que enfrentam, as rotinas da equipe e de tratamento, as reuniões, os jargões utilizados e até mesmo sobre alguns procedimentos cirúrgicos realizados e suas implicações emocionais aos pacientes.

À medida que se apropria mais de seu trabalho, Fernando começa a pensar em novas possibilidades de atuação junto à equipe, sabendo que seus colegas não atuam somente na enfermaria do hospital com os pacientes hospitalizados mas também transitam por outros locais da instituição. Nesta

unidade, vamos nos aprofundar mais nas diversas possibilidades e locais de trabalho do psicólogo hospitalar, acompanhando Fernando em suas novas empreitadas.

Seção 3.1

Especificidades da prática do psicólogo hospitalar

Diálogo aberto

Na enfermaria de cardiologia do hospital, Fernando apropria-se cada vez mais de seu espaço de trabalho com os pacientes hospitalizados, mas um dia depara-se com uma nova solicitação de atendimento: seu antigo paciente, conhecido como Sr. Zico, encontra-se naquele momento no pronto-socorro (PS) do hospital.

Antes de atender o paciente, Fernando resolve conversar com a equipe médica do PS para entender o que havia acontecido e saber um pouco mais do motivo daquela solicitação de atendimento. O médico do PS explica que Sr. Zico havia sofrido um evento isquêmico agudo (um infarto do miocárdio), fora medicado a tempo e que já estava fora de risco, mas havia sido encaminhado para a unidade de terapia intensiva (UTI) a fim de acompanharem sua recuperação e verificarem a necessidade ou não de uma cirurgia cardíaca. O médico ainda acrescenta que, naquele momento, o Sr. Zico, provavelmente, estaria sob efeito de medicação analgésica e sonolento, e que não seria possível um atendimento psicológico. Porém, desde sua entrada no PS, o paciente mostrou-se muito ansioso e agitado, dizendo que queria ir embora para casa.

Fernando resolve, então, dispor desse tempo que teria até que o paciente estivesse mais desperto para o atendimento para planejar suas intervenções e pensar um pouco sobre o que essa mudança no quadro do Sr. Zico poderia significar. Ajude Fernando a se preparar melhor para o atendimento a ser realizado, pensando na seguinte questão: o paciente convivia relativamente adaptado às suas doenças crônicas (diabetes e hipertensão), tomando suas medicações e realizando os cuidados necessários. Agora, entretanto, deparou-se com um adoecimento agudo.

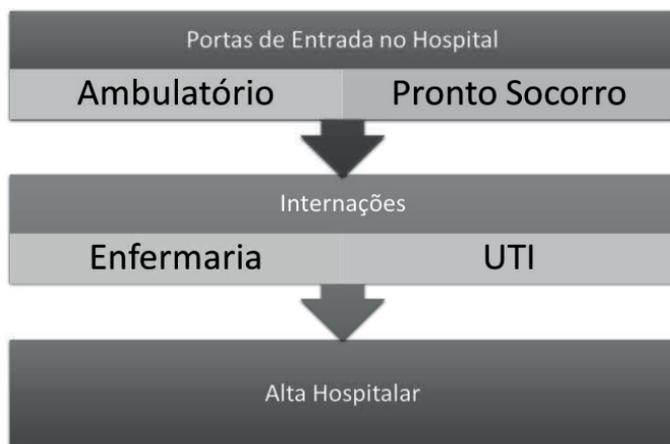
– O que tal fato poderia acarretar em consequências emocionais para Sr. Zico?

– Qual é o papel de Fernando como psicólogo membro da equipe do hospital nesse momento de incertezas sobre o tratamento de saúde do paciente?

Não pode faltar

Como vimos até aqui, o objetivo do trabalho em psicologia hospitalar é acompanhar a evolução do paciente quanto aos aspectos emocionais e subjetivos, resgatar dentro do contexto biomédico *quem é* aquele sujeito que sofre. Já trabalhamos também aspectos e decorrências emocionais do processo de hospitalização ou adoecimento, entretanto, os locais do hospital diferem entre si quanto aos objetivos terapêuticos e a relação que o paciente estabelece com a instituição. Romano (1999) sugere que alguns locais do hospital são, por si só, desencadeadores de quadros ou reações psicológicas. Observamos, por exemplo, que a vivência de uma internação prolongada em uma enfermaria difere muito de realizar consultas esporádicas em um ambulatório ou então ficar entre a vida e a morte em uma UTI. Nesta e na próxima seção, serão descritas as modalidades de assistência psicológica e características gerais das diferentes unidades hospitalares.

A figura a seguir mostra, de forma dinâmica, o fluxo de encaminhamento que um paciente pode ter em um hospital. As portas de entrada se dão pelo ambulatório ou PS; caso reconhecida a necessidade de uma internação, o paciente é transferido para a enfermaria ou UTI. Sendo que, comumente, um paciente grave de UTI retorna para a enfermaria antes da alta hospitalar a fim de completar seu tratamento.

Figura 3.1 | Fluxo de encaminhamento do paciente

Fonte: elaborada pelo autor.

O **pronto-socorro** (PS) de um hospital é o lugar onde chegam não só urgências médicas e dor física mas também é permeado pela dor psíquica. Vieira (2010) explica que experiências únicas decorrentes desse ambiente de urgência e emergência apontam a necessidade de atuação da psicologia hospitalar, acolhendo e humanizando as ações que ali ocorrem, validando e propiciando um espaço para que as angústias ali presentes apareçam. A autora explica que o paciente que procura o PS, geralmente, vive momentos de desestruturação a partir da ocorrência abrupta de um processo mórbido, acidente ou uma descompensação de doenças já existentes. Nesse ambiente, deve-se priorizar questões relativas à perda de autonomia do sujeito, o deparar-se com o desconhecido e imprevisível, que pode ser muito traumático para algumas pessoas, pacientes e familiares (VIEIRA, 2010, p. 513):

> O paciente ao adentrar o pronto-socorro se vê imerso numa situação de desamparo e, de certa forma, perde sua dignidade quando deixa sua posição de *sujeito* passando a *objeto* de intervenção. (...) assim, ele vive um momento de perda de referencial, que é acompanhado por vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais. Mas esse sofrimento que permeia a passagem do paciente pelo PS pode ser minimizado pela intervenção psicológica.

A equipe de saúde, família e paciente pertencem a contextos diferentes, e o convívio entre eles é, de certa forma, forçado pelo evento da doença. Cada um desses grupos traz consigo expectativas distintas ou idealizações acerca do processo de hospitalização ou da passagem pelo PS, o que pode gerar conflitos ou frustrações maiores. O processo de acolhimento, como aponta Vieira (2010), possibilita regular essa assistência, diminuindo essas dificuldades e valorizando a autonomia dos sujeitos envolvidos, principalmente nos contextos de urgência e emergência.

O acolhimento trabalha com a escuta valorizada das queixas do paciente/família, a identificação de suas necessidades com envolvimento e percepção recíproca. Vieira (2010) sugere como sendo fases características de um acolhimento genuíno: o acesso (receber o paciente e a família, proporcionando segurança e conforto), a escuta (incentivar o questionamento e a compreensão

do que está se passando, permitir que dúvidas, medos e angústias sejam expressados), o diálogo (orientar familiares sobre o que está acontecendo com o paciente, facilitar a compreensão com uso de palavras adequadas), o apoio (identificar necessidades e procurar satisfazê-las, na medida do possível) e o vínculo (estar aberto ao contato com o outro desamparado).

Muitos hospitais compõem sua assistência aos pacientes com um **ambulatório clínico**. O ambulatório é o local onde os pacientes não se encontram internados, mas vão para realizar consultas com a equipe, exames específicos, procedimentos para uma investigação detalhada de seu quadro clínico (diagnóstica ou de acompanhamento) e tratamento específico (como nos casos de psicoterapia). Durante consultas no ambulatório clínico, podem ser realizadas indicações para internação.

Nesse ambiente, a consulta com um especialista e a investigação do quadro clínico (que pode levar a resultados positivos ou negativos), ou até mesmo o retorno para acompanhamento de uma doença já estabelecida, podem desencadear, nos pacientes, reações de ansiedade quanto ao momento vivido. Dito de outra maneira, ir ao ambulatório de um hospital pode ser desencadeante de angústia ou questões emocionais.

A psicologia hospitalar também pode realizar atividades no ambulatório clínico, como entrevistas com fins diagnósticos, psicoterapia, entrevistas pontuais, atividades psicopedagógicas, grupos informativos, grupos terapêuticos, entre outras. Segundo Almeida e Malagris (2011), o paciente de ambulatório vem ao psicólogo por indicação médica ou de outros profissionais durante as consultas, principalmente ao ser observado pela equipe algum problema emocional com relação ao adoecimento, entretanto, os pacientes também podem buscar espontaneamente uma consulta psicológica no ambulatório, ou até mesmo serem encaminhados a ele após a alta hospitalar de uma internação anterior, como continuidade ao tratamento.

No caso de uma psicoterapia de seguimento no ambulatório hospitalar, seja ela de curta, média ou longa duração (o que pode variar de acordo com os critérios de cada instituição e com a demanda de tratamento do paciente), vale salientar que as instituições hospitalares procuram se ater às questões emocionais decorrentes

ou que influenciam, de alguma maneira, o adoecimento. Romano (1999) sugere que apenas esses pacientes com questões emocionais/psicológicas que tenham estreita ligação com sua patologia orgânica sejam atendidos nos ambulatórios hospitalares, ainda que esse ponto possa ser subjetivo e de difícil avaliação. Almeida e Malagris (2011) flexibilizam esse ponto diante da escassez de atendimentos clínicos ambulatoriais disponíveis para a população, o que nos leva a uma postura ética ideal de sempre avaliar a demanda que aquele paciente traz à instituição, a relação que é estabelecida com ela (de confiança, de expectativas, de cuidados) e, no caso de encaminhamento para outros serviços, realizá-lo da maneira mais cuidadosa possível, garantindo a integralidade de cuidados para o paciente.

Pinheiro e Vilhena (2003) realizam uma interessante discussão acerca das semelhanças ou disparidades entre o trabalho psicoterápico realizado em um ambulatório de uma instituição hospitalar e a clínica privada de um consultório. A priori podemos pensar acerca da questão do adoecimento orgânico que, como colocado anteriormente, perpassa a demanda de acompanhamento psicológico, e a procura pelo serviço por parte do paciente, muitas vezes, a necessidade do atendimento pode nem sequer ser reconhecida pelo paciente, que apenas procura o serviço "sob ordens médicas". No trabalho psicanalítico, que norteia o pensamento das autoras, a questão da psicoterapia em um ambulatório hospitalar também ganha um caráter de importância uma vez que:

> desde o momento em que o paciente chega à instituição, procurando por atendimento na seção de Psicologia, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início, o progresso do tratamento, assim como seu término ou interrupção. (...) neste ambiente, [o psicólogo] se torna obrigado a prestar contas de seu ofício, durante as sessões clínicas ou de supervisão, dividindo com outros profissionais o desenvolvimento do trabalho. Significa, ainda, dizer que o próprio paciente compartilha suas intimidades com funcionários, atendentes, médicos e, ainda, amigos, na sala de espera. Dessa forma, todo o desenrolar do atendimento fica exposto, uma vez que sua dinâmica clínica se encontra inserida no campo da visibilidade institucional. (PINHEIRO; VILHENA, 2003, p. 82)

Devido às questões que envolvem a grande procura por psicoterapia em ambulatórios de saúde, a questão do tempo e de como atender a essa demanda, Almeida (2011) explica que as técnicas e os métodos de atendimento psicológico são pensados para viabilizar esses atendimentos sem diminuir sua qualidade. A **psicoterapia breve** vem sendo amplamente utilizada nas instituições hospitalares, entretanto, é necessária uma discussão detalhada que vai além das técnicas específicas dessa modalidade de psicoterapia. Segundo a autora, a psicoterapia breve pode oferecer, segundo seus princípios de foco delimitado e objetivos definidos, uma adequada assistência que também, segundo seus critérios de indicação, vão ao encontro do trabalho da psicologia hospitalar, de trabalhar pontualmente a aceitação e convivência com a doença. A autora ainda acrescenta (ALMEIDA, 2010, p. 103):

> o ambulatório é o ambiente que mais se adequa a uma prática de psicoterapia breve. A possibilidade de um setting adequado, com disposição face-a-face e disponibilidade de tempo de consulta sem interrupções, e a limitação da duração da terapia por questões sociais, indicam que a modalidade de psicoterapia [breve] pode ser uma das mais adequadas para o tratamento em ambulatório clínico hospitalar.

Vamos abordar mais detalhes sobre a metodologia e os procedimentos da psicoterapia breve na Unidade 4 deste livro.

As **unidades de internação** ou **enfermarias** são a essência de um hospital. Como sugere o próprio nome, é um ambiente com leitos, no qual o paciente ficará internado com fins diagnósticos (para realização de exames e outros procedimentos), para tratamento ou recuperação do estado de saúde. Esses ambientes abrigam diversos pacientes, separados em quartos, os quais podem ser individuais ou compartilhados, geralmente com dois ou três leitos por quarto, separados por um biombo ou até mesmo sem divisões. Tem-se ainda a questão da rotina nas enfermarias, que usualmente começa muito cedo pela manhã, com os banhos, e que ocupa boa parte do dia com exames, administração de medicamentos, procedimentos médicos, curativos, entre outros. Alguns hospitais se organizam em enfermarias de acordo com alguns critérios, como: enfermaria de adultos ou pediátrica, enfermarias de acordo com a doença ou tratamento em

questão (enfermaria de queimados, enfermaria psiquiátrica etc.), ou enfermarias pré e pós-cirúrgica (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014).

A experiência de estar internado em uma enfermaria difere subjetivamente entre os pacientes. Questões envolvidas, como tempo de internação, gravidade da doença e dos sintomas experenciados, vínculo com a equipe e apoio familiar, devem ser levadas em consideração ao se avaliar o impacto que a internação tem sobre os pacientes. Aspectos inerentes da enfermaria, como rotina hospitalar, horário rígido, natureza do tratamento ou exames realizados, também devem ser considerados. Sobre a vivência de internação em uma enfermaria, Almeida e Malagris (2011, p. 196) discorrem que:

> As possíveis reações emocionais do paciente envolvem passividade ou agressividade, argumentação sobre aspectos sem importância, manifestações de raiva ou depressão pela dificuldade em aceitar não só sua doença, mas todo o processo de hospitalização e tratamento. Há também o medo da invalidez permanente, de depender do outro, da dor física, da anestesia em casos de cirurgia e de retornar para casa após a hospitalização, além das alterações na autoimagem. O paciente enquanto hospitalizado é incitado a ficar mais introspectivo e reavaliar sua vida e seus valores.

Nessas unidades, o psicólogo tem a oportunidade de trabalhar de maneira mais próxima com o paciente e sua família, visto que o contato pode ser diário, além de acompanhar e observar mudanças de comportamentos e atitudes e realizar uma avaliação constante acerca da vivência de hospitalização. Pela proximidade diária, existe a possibilidade de se trabalhar o vínculo com os pacientes e os aspectos de sua história de vida que possam estar envolvidos com o adoecimento, propor uma reavaliação de suas vidas. Segundo Almeida e Malagris (2011), as questões psicológicas a serem abordadas nesse momento devem ser focais, levando em consideração a possibilidade de alta hospitalar, visando a aspectos relacionados com a doença, dificuldades adaptativas ao hospital, o processo de adoecer e os meios diagnósticos e de tratamento propostos. Também é importante ressaltar que, nessa unidade, o psicólogo comumente trabalha atendendo a pedidos de interconsulta ou ele próprio procurando o paciente, oferecendo atendimento psicológico e ficando disponível aos pacientes e familiares.

Reflita

A questão da demanda de atendimento nas enfermarias é um importante ponto de reflexão. No caso de solicitações de atendimento que vêm da equipe, elas são comuns quando a equipe detecta algum comportamento disfuncional, como o descuido em relação ao tratamento, a ocorrência de comportamentos hostis ou manifestações de ansiedade e depressão. Nesses casos, Oliveira e Rodrigues (2014) apontam a necessidade de priorizar o contato e a escuta ao paciente, e não se perder nos anseios de responder às questões da equipe procurando obter aceitação ou, pior, silenciar o mal-estar provocado pelo paciente.

Os autores se utilizam de um exemplo clínico no qual uma jovem portadora de um câncer terminal, cujo quadro mobilizou toda equipe a ponto de sempre solicitarem atendimentos psicológicos para a paciente, ainda que os atendimentos já estivessem ocorrendo há semanas. O caso em questão envolve conflitos e demandas da própria equipe mobilizada e atravessada pessoalmente pela natureza do trabalho, o que nos leva a pensar sobre outro campo de atuação do psicólogo, não só o trabalho individual com paciente e familiares mas também saber ouvir e entender o significado dos pedidos de interconsulta que recebe no contexto das enfermarias.

Essas questões suscitam novas pontuações acerca do modo de organização do trabalho em psicologia hospitalar. Em algumas instituições, o psicólogo faz parte da equipe de trabalho *in loco* e passa grande parte de suas horas de trabalho transitando pelas enfermarias pelas quais é responsável; em outros modelos, o profissional apenas atende a solicitações de atendimento pontuais (de pacientes ou profissionais da equipe) e pedidos de interconsulta. Claramente, não existe um consenso ou um método "certo" de se organizar, mas ambos os casos têm prós e contras. O que pensa você sobre esse assunto?

Jugend e Jurkiewicz (2012) explicam que, na assistência psicológica aos pacientes internados, é muito comum surgirem conteúdos dramáticos associados a perdas significativas: pessoas próximas falecidas ou adoentadas, preocupações com trabalho e problemas financeiros, questões conjugais ou dificuldades de relacionamento, aposentadoria ou outros eventos marcantes que acabam associados com a hospitalização na subjetividade do paciente. No entendimento das autoras, a internação desencadeia uma vivência de perdas que se articula com outros momentos semelhantes vividos pelo paciente e como eles foram elaborados, resolvidos ou não.

Podemos dizer que a oferta de escuta psicológica durante a internação é uma possibilidade de elaboração não só dessas vivências atuais, mas do que também é reatualizado pelo paciente nesse momento referente às vivências passadas. O processo de elaborar é decorrente, neste caso, de um trabalho mental que requer tempo e depende das condições subjetivas de cada um; elaborar significa ressignificar experiências sob a luz da fala do paciente e da escuta profissional (JUGEND; JURKIEWICZ, 2012).

Segundo Barbosa et al. (2007), as equipes assistenciais das diversas unidades hospitalares, mas principalmente no PS, apontam o grande número de pacientes inseguros, com constantes solicitações, demonstração de insatisfação perante os cuidados recebidos, irritabilidade ou comportamentos agressivos. Os autores compreendem essas reações como decorrentes de um processo regressivo, que remete o paciente a buscar a repetição de cuidados (os quais podem ter sido insuficientes ao longo de sua história de vida), mobilizando a equipe para uma busca incessante da satisfação dessas necessidades, as quais não, necessariamente, podem ser racionalmente compreensíveis para os profissionais, mas decorrentes do momento de fragilidade extrema.

Delfini, Roque e Peres (2009) apontam a dificuldade em reconhecer e atuar sobre a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em adultos com adoecimento somático. Os autores mostram que 50% a 80% dos pacientes ambulatoriais e 30% a 60% dos pacientes internados em hospitais gerais sofrem de algum tipo de distúrbio psiquiátrico ou psicológico, sendo que a depressão e a ansiedade se situam entre os mais frequentes. Em contrapartida, é estimado que apenas 35% desses pacientes em instituições hospitalares recebem atendimento especializado em saúde mental durante o período em que são assistidos institucionalmente.

Pesquise mais

A prevalência e o tratamento de transtornos de humor ou transtornos psiquiátricos nas instituições hospitalares são dois dos grandes tópicos de pesquisas na área, desenvolvidos, principalmente, por psicólogos hospitalares. O uso de escalas e testes com fins diagnósticos e de avaliação nessas pesquisas é útil no sentido de padronizar resultados para fácil exposição e compartilhamento com a comunidade científica, em uma perspectiva empírica.

Segundo Delfini, Roque e Peres (2009), os instrumentos que mais se destacam no contexto da pesquisa científica em hospitais são: Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que privilegiam sintomas somáticos e aspectos cognitivos; e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), Escala Clínica de Ansiedade (CAS), Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e Inventário de Autoavaliação de Wakefield (WDI), que exploram aspectos do humor ou psíquicos em geral.

Seguem exemplos de pesquisas que se utilizam dessas escalas, explorando a ansiedade e depressão no contexto hospitalar:

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol**., Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 12-22, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000100003>. Acesso em: 1 ago. 2017.

GIOIA-MARTINS, D. F.; MEDEIROS, P. C. da S.; HAMZEH, S. Á. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 128-141, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Os estudos que levantam a ocorrência de sintomatologia psicológica (nem sempre tratada adequadamente) nos contextos hospitalares propõem que o atendimento psicológico individual poderia ser complementado por intervenções grupais. As intervenções grupais configuram uma situação adequada para se trabalhar a elaboração dos pacientes acerca das informações obtidas sobre a doença e o tratamento médico recebido, assim como também favorecem a elaboração das vivências relacionadas à hospitalização.

Segundo Delfini, Roque e Peres (2009), os grupos de apoio parecem ser especialmente favoráveis à redução dos níveis de ansiedade e depressão nos hospitais, além de possibilitarem alívio

dos sintomas psíquicos, eles também auxiliam nas estratégias de enfrentamento e recursos adaptativos mediante o compartilhamento de situações vitais semelhantes entre os participantes.

Klein e Guedes (2006) realizaram uma descrição detalhada da experiência de 11 encontros grupais em uma enfermaria pediátrica do Hospital Municipal de Emergência Henrique Sérgio Gregori, no Rio de Janeiro. Os grupos se deram de maneira aberta, os familiares das crianças hospitalizadas eram convidados a participar do grupo semanalmente, com o objetivo de conversar sobre os sentimentos, os pensamentos e as dúvidas relativos à situação de internação das crianças.

Nas falas dos participantes selecionados a seguir, fica clara a ocorrência do fenômeno de coesão grupal (união entre os membros) e a universalidade (compartilhamento de situações parecidas) como um alívio do pesar emocional:

– O grupo, para mim, deu a oportunidade de conhecer as companheiras de quarto, a sermos mais solidárias uma com as outras.

– Você não precisa ter vergonha, aqui todas estamos no mesmo barco e precisamos nos ajudar.

– Podemos pensar juntas sobre isso.

– Se não é essa reunião aqui, a gente "pira" porque fica tudo subindo na cabeça... aqui a gente põe pra fora.

Segundo a literatura da área (DELFINI; ROQUE; PERES, 2009; KLEIN; GUEDES, 2006), os grupos de apoio tendem a ser mais eficazes quando possuem alguma característica homogênea, a qual promove identificação entre os pacientes; o caráter homogêneo pode ser atingido ao se trabalhar com pacientes que possuem características clínicas, sintomatologia ou diagnósticos em comum; ou até mesmo com familiares que passam por experiências parecidas quanto ao fato de serem cuidadores dos pacientes. A homogeneidade favorece a troca de experiências e promove a universalidade, importante fator terapêutico e de vinculação nas intervenções grupais; ela promove uma sensação de alívio, compartilhamento de estratégias de enfrentamento e dissipação de crenças errôneas ou negativas.

Acrescentamos, por fim, que o profissional que se propõe a trabalhar com grupos (sejam de apoio, informativos, psicoterapêuticos, de psicoprofilaxia etc.) no contexto hospitalar deve pautar sua formação

e seus estudos não apenas nas questões relativas à hospitalização mas também em critérios bem definidos sobre os fenômenos de campo grupal ou específicos do trabalho psicológico em grupos.

Sem medo de errar

O psicólogo hospitalar, cuja trajetória estamos acompanhando ao longo desta unidade, depara-se agora com um momento delicado na evolução clínica de seu paciente. Ainda que o paciente se encontre indisponível para atendimento nesse momento, faz-se necessário um planejamento das próximas ações. No caso do agravamento da doença do paciente, é importante também que o profissional psicólogo esteja a par dessas mudanças clínicas, a real gravidade do caso e as possíveis implicações disso para a vida do paciente.

No caso específico, é interessante notar que o paciente, ainda que em estado grave, chegou sozinho ao PS, o que leva a pensar no envolvimento familiar e apoio social que o paciente tem ao seu dispor. Esses tópicos, caso não sejam abordados pelo próprio paciente ao longo dos próximos atendimentos, podem ser inqueridos, uma vez que ele pode vir a necessitar de cuidadores após alta hospitalar e até mesmo durante a hospitalização.

Aparentemente, o Sr. Zico estava adaptado às suas doenças crônicas, com as quais já convivia há alguns anos, entretanto, esse momento de adoecimento agudo pode proporcionar um novo impacto sobre sua relação com a doença, necessitando de ajustes e novas recomendações médicas, as quais são importantes de serem avaliadas junto ao paciente para saber a disponibilidade dele para segui-las.

Assim que possível, deve-se escutar o paciente, orientá-lo sobre o momento atual que está vivendo e averiguar sua compreensão sobre o tratamento e adoecimento, que são intervenções importantes a serem realizadas. Sobre o relato da equipe de que o paciente havia chegado ao PS muito ansioso e desejando ir embora, o psicólogo hospitalar necessita também investigar esse relato junto ao paciente, tentar compreender do ponto de vista de sua subjetividade, histórico de adoecimento e história de vida pregressa, para então poder ter dados para compor uma compreensão da situação que envolva a experiência do próprio paciente, e não só o observado pela equipe de cuidados.

Avançando na prática

O grupo multiprofissional

Descrição da situação-problema

Presumamos que você seja um psicólogo hospitalar que trabalha em conjunto com uma equipe clínica voltada aos cuidados dos pacientes diabéticos de uma instituição. O trabalho realizado pela equipe é essencialmente ambulatorial (ainda que os pacientes possam estar hospitalizados, momentos em que a equipe também atua nas enfermarias).

A enfermeira e a nutricionista de sua equipe procuram você para propor uma atuação conjunta que venha auxiliar no tratamento médico desses pacientes diabéticos. A primeira ideia que vocês três têm juntos é o desenvolvimento de um grupo multiprofissional para abordar questões que envolvam o tratamento desses pacientes. A nutricionista de sua equipe se propõe a dialogar com os pacientes e tirar dúvidas acerca de alimentação, dieta específica, hipo e hiperglicemia, enquanto que a enfermeira pretende abordar aspectos gerais relacionados ao tratamento da diabetes e aspectos decorrentes dele, como a sintomatologia, as feridas e os processos de cicatrização.

Sua tarefa, como psicólogo hospitalar, é auxiliar na criação desse grupo. Principalmente, quais aspectos emocionais você acredita serem interessantes abordar nesse grupo específico. Mas antes disso, estruturalmente, como você pode organizar esse grupo? Como ele seria categorizado? Pensando no alcance e na participação dos pacientes, em que contexto ou local do hospital ele poderia ser promovido?

Resolução da situação-problema

Um grupo informativo ou com um caráter psicoprofilático, como descrito, pode se beneficiar muito com o trabalho multidisciplinar, ainda mais pensando em uma doença multifatorial como a diabetes. Por se tratarem de aspectos relacionados à prevenção e promoção de saúde dos pacientes, o mais adequado seria trabalhar com eles, mas não em um momento de internação (enfermaria), quando a doença se encontra descompensada ou agravada e eles podem estar mais ansiosos ou atravessados por outras preocupações. Apesar de não ser uma regra estabelecida, mas sim uma convenção

habitual, grupos nesses moldes são comumente realizados nos ambulatórios das instituições, com participação aberta mediante demanda espontânea do paciente ou encaminhados pelos outros profissionais, quando reconhecida a dificuldade do paciente de se responsabilizar pelo seu tratamento.

Do ponto de vista psicológico, pode ser adequado propor, no grupo, questionamentos acerca das dificuldades dos pacientes com relação ao tratamento, levantar com eles os aspectos que causam incômodos ou angústias. Com relação à dieta, por exemplo, pode ser rica uma discussão coletiva acerca das dificuldades em segui-la, o significado emocional dos alimentos, compulsões alimentares, quais aspectos emocionais dificultam o seguimento da dieta, como depressão e ansiedade, bem como levantar a própria responsabilidade dos pacientes sobre seus tratamentos de saúde.

Esse momento de intervenção grupal pode ser interessante para o profissional psicólogo também identificar demandas de um seguimento psicológico individual para alguns pacientes que demonstrem maiores dificuldades emocionais, sintomatologia psíquica ou referidas dificuldades de aceitação do diagnóstico/tratamento.

Faça valer a pena

1. Neste ambiente do hospital, de grande circulação e atuação de diversos profissionais, a psicologia hospitalar pode encontrar espaço para desenvolver processos psicoterapêuticos de curta, média ou longa duração. Usualmente, são realizadas consultas semanais para tratar focalmente aspectos emocionais relacionados ao adoecimento.
O local do hospital ao qual se refere o enunciado é:
a) Enfermaria.
b) Ambulatório.
c) Unidade de terapia intensiva.
d) Consultório psicológico.
e) Pronto-socorro.

2. O trabalho em grupo nos hospitais vem sendo realizado pela psicologia hospitalar, além dos atendimentos individuais. Essa metodologia, baseada em teorias próprias sobre grupoterapia, é indicada para o ambiente hospitalar, pois propicia fenômenos e possibilidades de tratamento condizentes às demandas hospitalares.
Sobre a utilização de grupos psicológicos no contexto hospitalar é correto afirmar:

a) É amplamente difundida, exclusivamente, para dar conta da maciça procura e poucos profissionais disponíveis para realizar os atendimentos.
b) Deve-se tomar especial cuidado para não incluir pacientes em estado muito grave, que podem deprimir o humor dos outros participantes.
c) Nunca é indicada a participação de outros profissionais que não sejam psicólogos, pois eles não possuem respaldo técnico para o trabalho em grupo.
d) Do trabalho em grupo, podem surgir fenômenos de identificação e universalidade, os quais têm caráter terapêutico aos participantes.
e) Não convém trabalhar com familiares de pacientes em grupos, uma vez que eles podem se deparar com situações diferentes das vivenciadas e isso ter caráter ansiogênico.

3. A ocorrência de depressão e ansiedade nos pacientes hospitalizados é objeto de intervenção e pesquisa da psicologia hospitalar. O entendimento dessas questões pode favorecer formas de tratamento mais eficazes para esses pacientes, bem como ações sobre os fatores que levam a esse tipo de sofrimento.
Sobre depressão e ansiedade no contexto hospitalar, é correto afirmar:
a) Os profissionais da equipe dificilmente reconhecem esses aspectos, ficando a cargo do psicólogo diagnosticar e dar atenção específica aos pacientes.
b) Os pacientes deprimidos ou ansiosos nas enfermarias dos hospitais certamente já estavam deprimidos ou ansiosos anteriormente à internação.
c) A ocorrência de sintomatologia ansiosa ou depressiva no contexto hospitalar denota falhas no acolhimento, desorganização ou indisponibilidade por parte da equipe, a qual é refletida nos pacientes.
d) Estudos atuais sugerem que a depressão e a ansiedade são desvalorizadas no contexto hospitalar, em detrimento do tratamento das questões orgânicas.
e) A depressão e a ansiedade durante uma internação hospitalar devem ser tratadas com uma abordagem medicamentosa em todos os casos, pois podem ser decorrentes de disfunções psiconeuroimunológicas.

Seção 3.2

UTIs

Diálogo aberto

Sr. Zico ainda se encontra em repouso na UTI, depois de sofrer um infarto agudo do miocárdio. Fernando sabe que a equipe de cardiologia ainda não tem um prognóstico e um plano terapêutico definidos para o paciente, tudo depende da observação de seu estado pelos próximos dias. Após o primeiro atendimento psicológico realizado com Sr. Zico, que antes era tão participativo e vinculado com o psicólogo, Fernando estranha seu comportamento mais retraído e embotado, mal respondendo suas perguntas e se atendo a dizer que tinha de estar ali, então para ele estava "ok". Fernando sente seu paciente amedrontado e muito distante, apesar de ele não ter trazido esses conteúdos para atendimento. Quando o psicólogo faz algumas perguntas para investigar a compreensão do paciente sobre a gravidade de seu caso, Sr. Zico apenas responde que não vê a hora de ir para casa, contrariando suas respostas e aparente calma anterior, sem nem citar a possibilidade de uma cirurgia cardíaca. Esse fato leva Fernando a questionar a qualidade da comunicação entre equipe e paciente.

Pouco antes do horário de visita da UTI, Fernando procura pelos familiares do Sr. Zico e encontra sua esposa e filho muito aflitos na recepção. Convoca-os para um breve atendimento no próprio corredor, a fim de não atrapalhar o pouco tempo de visita que teriam. Nessa conversa, Fernando é informado de que, há cinco anos, o Sr. Zico estivera acompanhando seu pai em uma internação prolongada naquela própria UTI e, após muitas complicações clínicas, seu pai acabou falecendo. Os familiares do Sr. Zico estavam visivelmente angustiados e relataram uma frase que ouviram do próprio paciente: "Pronto! Agora cheguei no mesmo fim do meu pai". Fernando estranha os rumos daquela conversa, pois havia participado anteriormente da reunião de equipe da UTI, e o caso de Sr. Zico não havia sido relatado como terminal ou gravíssimo; ele havia entendido que a equipe médica aguardava a recuperação do paciente para dar seguimento e avaliar a necessidade de cirurgia. Entretanto, de posse dessas

novas informações, Fernando novamente aventa a hipótese de uma dificuldade de comunicação entre equipe, paciente e familiares.

No lugar de Fernando, proponha ações e intervenções para dar seguimento ao caso. Pondere o ambiente de UTI no qual o paciente se encontra e reflita quais repercussões psicológicas podem estar agindo sobre o paciente e seus familiares nesse momento da internação.

Não pode faltar

Continuamos, nesta seção, a discutir sobre os diferentes ambientes de um hospital, tópico iniciado na seção de estudo anterior. Como vimos, a unidade hospitalar na qual o paciente se encontra internado pode proporcionar, por si só, desafios e ajustes adaptativos, bem como consequências emocionais importantes. Vamos, neste momento, nos debruçar sobre as unidades de terapia intensiva (UTIs) de um hospital.

Conforme apresentado por Almeida e Malagris (2011), as UTIs são os ambientes do hospital destinados a receber pacientes em estados mais graves ou que necessitam de atenção e monitoramento constantes por parte da equipe, principalmente médica e de enfermagem. Essas unidades também são permeadas pelo uso constante de tecnologias e aparatos avançados para tratamento ou promoção da vida. As UTIs podem acolher pacientes clínicos ou cirúrgicos e, em algumas instituições, são divididas segundo esse critério. Também é comum a existência de UTIs específicas para receber e tratar adoecimentos específicos (cardíaca, pulmonar, transplantes etc.) ou a divisão por faixa etária (UTI adulta, pediátrica-infantil e neonatal). As ações ali desempenhadas são rápidas e precisas, exigindo o máximo de eficiência da equipe de cuidados, mesmo porque, em alguns momentos, podem estar relacionadas ao limite entre a vida e a morte. Salvo exceções específicas, a circulação no ambiente de uma UTI é restrita à equipe e aos poucos familiares nos horários de visita pré-estabelecidos.

No início de sua criação e instituição em hospitais avançados, as UTIs eram reservadas a pacientes com infarto agudo, mas com o desenvolvimento de equipamentos e manobras (cirúrgicas ou não) mais sofisticados, o ambiente passa a cuidar também de pacientes portadores de insuficiência respiratória (os primeiros ventiladores

mecânicos desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial eram conhecidos como "pulmões de aço"), insuficiência renal aguda, hemorragia digestiva alta, em estado de coma ou choque e diversas situações igualmente graves (OLIVEIRA, 2002). Os profissionais que trabalham no ambiente são altamente especializados e recebem treinamentos específicos para diversas situações graves; nas UTIs, podem ser encontradas diferentes formações compondo a equipe: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Segundo Oliveira (2002), constituem o ambiente onde mais se encontra uma equipe de trabalho completa com diversas áreas trabalhando juntas quase que obrigatoriamente, fato ditado pela complexidade do trabalho.

A crescente modernização e tecnologia avançada nos ambientes de UTI trazem consigo, assim como nas outras unidades hospitalares, uma preocupação com a humanização do atendimento. Romano (1999) cita o papel da arquitetura, que busca soluções menos iatrogênicas e possivelmente traumáticas para o indivíduo internado em uma UTI, uma vez que vem sendo constatado um papel do próprio ambiente em desordens psicológicas. Além da gravidade da doença e do impacto dos procedimentos ali realizados, uma UTI pode ser vivida como desorganizadora devido ao barulho intenso das máquinas e dos aparatos ali utilizados, consequências das medicações utilizadas, a proximidade de outros pacientes em estado grave, ausência de contato com o mundo externo (ausência de janelas e impossibilidade de se distinguir noite/dia, por exemplo), privação de um sono tranquilo e reparador, monotonia sensorial e restrição de contato social com pessoas próximas.

Em uma descrição detalhada e impactante sobre o processo de hospitalização em uma UTI, Oliveira (2002) discorre desde o momento inicial, em que a primeira ação costuma ser a "perda" das roupas, trocadas pelas roupas específicas a serem utilizadas pelos pacientes da unidade, as quais facilitam a realização de exames e procedimentos; perda essa acompanhada também por outras perdas, como da autonomia, da saúde, dos direitos etc. A UTI é descrita como um lugar usualmente isolado, pequeno, de circulação proibida ou restrita, onde o tempo é uma incerteza e de realidade "asséptica" – temperatura constante mantida por ar condicionado, odor de remédios ou desinfetante.

Além disso, o doente torna-se um "paciente", no sentido estrito da palavra: uma pessoa resignada aos cuidados médicos, que deve esperar serenamente a melhora de sua doença, que deixa de ser responsável por si mesmo para ser "dependente" e "submisso", nas palavras da autora (OLIVEIRA, 2002, [s.p.]):

> **O bom paciente na UTI permanece sedado, quase morto, mesmo que esteja buscando vida. Uma tensão se estabelece: a vida é desejada por todos, mas a equipe médica clama para que não seja inconveniente com reclamações e choros. A vida do paciente beira a morte e o silêncio. Barulhos, de preferência, apenas os da tecnologia, os dos aparelhos.**

Novamente, aqui, cabe retomarmos a ideia que a psicologia hospitalar traz sobre o resgate da subjetividade desses pacientes.

Existe uma ideia recorrente, de certa forma estigmatizada, de que UTI é sinônimo de morte iminente e terminalidade. Ainda que esses aspectos estejam envolvidos na rotina diária da unidade, exigindo, por parte da equipe, certo posicionamento sobre sua função e possibilidades de atuação, essa premissa não é de toda correta, sendo que a UTI é uma unidade de tratamento mais específico e intenso tanto para pacientes com claras condições de recuperação como também para aqueles em cuidados paliativos, que mais se aproximam da condição terminal.

Em função da especificidade e intensidade do tratamento citado, as UTIs podem ser ambientes de extrema pressão de trabalho para a equipe. Almeida e Malagris (2011) apontam que a equipe pode desenvolver maneiras defensivas para conseguir trabalhar nesses ambientes de extrema pressão, e uma dessas defesas pode ser "refugiar-se no racional para aguentar a pressão emocional que tudo isso causa" (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011, p. 197), destituindo o paciente de sua humanidade e subjetividade para um corpo enfermo que necessita de cuidados. Tem-se, portanto, como objeto de atenção do psicólogo na UTI uma tríade constituída pelo paciente, sua família e a própria equipe, bem como as interações entre esses agentes. As autoras ainda apontam que os sofrimentos físicos e psíquicos do paciente devem ser entendidos holisticamente, com um interferindo na recuperação ou no agravo do outro.

Reflita

Os seres humanos nascem e os seres humanos morrem. E dessa maneira continua a acontecer, mesmo após todas as transformações da humanidade e os avanços técnicos em medicina: é o caráter inexorável de novas vidas. Essas afirmativas parecem óbvias, mas tomadas como questões, produzem discussões filosóficas, psicológicas e próprias do tratamento em saúde. Nas palavras de Oliveira (2002, p. 32):

> **O desenvolvimento técnico das últimas décadas possibilitou suporte a órgãos humanos e funções vitais. Na UTI, precisamente, aliadas à luta pela 'imortalidade', estão as possibilidades de progresso do conjunto da ciência e da técnica, que não se dissociam das possibilidades de 'mutação' do homem em todos os seus níveis de vida: biológico, físico, psíquico, social, político, etc. Esse fato provoca reflexões acerca do viver que torna possível a 'manutenção' da vida. Será uma outra sociedade, uma outra liberdade, um outro modo de viver para suportar uma prática que adia a morte?**

As práticas tecnológicas em medicina podem promover um prolongamento da vida e, de fato, são indiscutivelmente importantes em nossa sociedade, mas de que vida, ou melhor, de que qualidade de vida estamos falando? Qualidade de vida parece ser um conceito importante para se pensar nesses ambientes e momentos próximos à terminalidade, assunto que a psicologia hospitalar resgata dentro do cenário médico-hospitalar.

Segundo Sebastiani (apud GUIRARDELLO et al., 1999), as características intrínsecas da UTI, como viemos discorrendo, principalmente a rotina acelerada no atendimento, apreensão e incertezas constantes e a proximidade com a ideia de morte acabam por exacerbar estados de estresse e tensão nos pacientes. Aspectos como dor, medo, ansiedade e isolamento do mundo acrescentam-se aos fatores psicológicos relacionados ao adoecimento, podendo até mesmo agravar a manifestação orgânica de sua doença. Outro estudo (KOIZUMI et al., 1979 apud GUIRARDELLO et al., 1999) identifica problemas na área expressiva (necessidades básicas ou psicológicas afetadas pela doença) e na área técnica (problemas e expectativas relacionadas à terapêutica). Os problemas da área expressiva citados

são: separação da família, ambiente desconhecido e invasivo, medo de morrer e pouca privacidade. Os de ordem técnica citados são: desconforto causado por manobras de respiração (intubação, por exemplo), dor e incômodo provocados pelas sondas e cateteres. Entrevistando os pacientes, os autores citam como expectativas de tratamento: atenção individualizada, observação constante, pronto fornecimento de informações sobre o estado de saúde geral ou tratamento dos pacientes e administração correta de medicamento para alívio da dor.

Exemplificando

Em um estudo exploratório realizado sobre a percepção dos pacientes sobre a permanência em uma Unidade de Terapia Intensiva, Guirardello et al. (1999) elencaram as seguintes cinco principais categorias levantadas pelos próprios pacientes:

1. Cirurgia, confronto com a morte e encontro com a vida: "*Acordei na UTI, sabe gente amigável, conhecida e sorrindo. Acho que isso é importante, você tá voltando à vida que você pára de respirar, você pára de, é... estão vivendo por você*" (sic).

2. A importância do personagem enfermeiro como aquele que propicia os principais cuidados básicos (alimentação, banho e diálogo) e relaciona-se com a figura materna: "*O que foi bom, foi, foi o atendimento, eu acho. Ah! você não precisa levantar a mão, você não precisa. A, a impressão que dá é que elas estão ligadas telepaticamente com você (sorriu). E, chegou uma hora que eu precisava, eu não sabia que tipo de gesto fazer, como chamar a enfermeira. Eu mexi, fiz assim com o pé, sabe, eu acho, não sei, que dá segurança, né.*" (sic).

3. A temporalidade e perda de referenciais: "*você perde a noção do tempo, que vai se alongando. Vê o soro sendo trocado e o pessoal, não vê a luz do dia*".

4. Dor, com características subjetivas e objetivas, apontada como principal incômodo: "*o que foi mais traumático pra mim foi ficar com aquele troço enfiado aqui (mostrava o peito), eu fui entubado para a UTI né. De repente você acorda lá com aquele troço te machucando e bombeando ar, mas você está se afogando porque está cheio de secreção por dentro*"

5. Expectativas e temores antecipatórios: "*eu pensava que a pessoa que ia pra ficar na UTI era grave, já era pra ir... pra morrer. Não era nada daquilo, lá dentro comecei a pensar é diferente*".

Da mesma maneira que com pacientes adultos, os cuidados em uma UTI neonatal ou pediátrica são marcados pela alta tecnologia, urgência e precisão das ações para manter a vida do bebê ou da criança. As condições de uma UTI neonatal ou pediátrica também dependem do tipo de paciente ela atende (prematuros, portadores de adoecimentos específicos etc.). Consideramos que, para a construção de uma assistência humanizada nesses locais, é imprescindível ampliar essa assistência não só para a criança ou o bebê adoecido, mas sim constituir uma rede de relações que inclua os pais e familiares disponíveis junto à equipe de saúde. Segundo Baltazar, Gomes e Cardoso (2010), a equipe médica e de enfermagem envolvida nesses cuidados pode não conhecer a história daquela família e apenas lidar com as exigências clínicas do bebê ou da criança. A relação entre equipe e pais, nesse entendimento, não pode ser apenas de informá-los sobre a condição clínica do paciente. Para pensar nessas questões, os autores trazem o seguinte exemplo (BALTAZER; GOMES; CARDOSO, 2010, p. 5):

> **Imaginemos um médico dizendo para uma mãe que tentou abortar, tomada por culpa e não vinculação ao bebê, sobre sua vitória ao salvá-lo da morte. Ou ainda, a equipe de enfermagem tentando incluir essa mesma mãe nos cuidados ao bebê salvo da morte, mas sem lugar na subjetividade desses pais. A escuta das questões subjetivas está circunscrita em todas as ações voltadas para o recém-nato (ou crianças) e para seus pais.**

As particularidades da atenção neonatal e o tipo de demanda que se produzem nesses locais receberam uma atenção do Ministério da Saúde sobre a forma da construção de uma Norma de Atenção Humanizada ao Neonato, intitulada *Método Canguru*. Esse método é definido pelo Ministério da Saúde como um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido (mesmo em um ambiente de UTI), de forma crescente, prazeroso e pelo tempo que for suficiente, permitindo, assim, maior participação dos pais no cuidado ao recém-nascido hospitalizado.

Essa norma também prevê respeito às individualidades e aos cuidados técnicos (como manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados

com a dor, luz e barulho excessivos), acolhimento à família e promoção de vínculo mãe-bebê (principalmente pelo incentivo ao aleitamento).

Para mais informações sobre o Método Canguru, consulte o Portal da Saúde, que além de detalhamento específico, legislações e publicações, também conta com material audiovisual sobre o tema. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/562-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l4-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10387-vacinacao-infantil>. Acesso em: 10 jun. 2017.

O nascimento de uma criança adoecida provoca nos pais uma desconstrução da maternidade/paternidade idealizada, um impasse frente às expectativas que eram depositadas sobre aquela criança. Esse fato pode proporcionar marcas importantes na subjetividade dos pais, que incidem sobre a construção do vínculo pais-criança, além de o risco de morte e o desenvolvimento/evolução imprevisíveis se acrescentarem às dificuldades e aos investimentos naturais à disposição para ser pai ou mãe de uma criança. Nesses casos, a escuta dos pais poderá influenciar todas as intervenções e os tratamentos propostos; é necessário um olhar para além da criança ou do bebê adoecidos e equipamentos ou procedimentos na UTI, trazendo à cena toda a história daquela família, cercada de desejos e idealizações (BALTAZER; GOMES; CARDOSO, 2010).

A presença dos pais, autorizada e estimulada pela equipe nessas UTIs, pode ter um efeito organizador para a criança/bebê e também para os pais. Sabemos que a voz e as atitudes cuidadoras da mãe impõem outro ritmo às intervenções e aos cuidados de outra ordem voltados para esses pacientes.

Para uma criança, a entrada em uma UTI pode ser uma experiência extremamente desorganizadora e geradora de ansiedade, pois ela é retirada abruptamente de seu ambiente habitual para um local rodeado pelos complicadores já expostos, possível vivência de dor e outros aspectos penosos e desconhecidos. O trabalho terapêutico com essas crianças também deve ser um foco nesses momentos, sendo necessário propiciar um espaço lúdico (para além da ludoterapia, caso seja esse o método psicoterapêutico utilizado) e tornar o ambiente o mais familiar possível (ROMANO, 2008). O atendimento específico a crianças em ambiente hospitalar e temas

correlatos, como a aproximação lúdica, serão abordados em uma próxima seção de estudos desta disciplina.

Valansi e Morsch (2004) formulam algumas propostas de trabalho e intervenção em psicologia hospitalar nas UTIs neonatais e infantis:

- Colocar-se como ponto de referência para a família na UTI, fator esse fundamental no ambiente que tem muita rotatividade de profissionais, desempenhando, assim, uma continuidade dos cuidados e proporcionando uma sensação familiar de segurança.
- Ajudar os pais a falarem sobre esse nascimento "diferente", organizando pensamentos e identificando sentimentos envolvidos, facilitando, assim, a vinculação entre a família.
- Ajudar na comunicação pais/bebê-criança: facilitando o diálogo afetivo e estimulando a proximidade e afetividade entre eles.
- Atendimento psicológico às crianças e aos pais, organizado de maneiras diversas: entre o grupo familiar, individual, lúdico envolvendo os pais ou apenas a criança, entre grupos de pais etc.
- Ajudar na comunicação pais/equipe: os pais podem se sentir ambivalentes frente aos cuidados da equipe, restituídos eles próprios de grande parte de cuidados de seus próprios filhos, por exemplo.
- Trabalhar as diferentes perdas ocorridas na UTI, perdas essas que podem ser reais (como a morte ou sequelas que acarretam em dificuldades no desenvolvimento da criança) ou simbólicas, passando pelo imaginário familiar frente àquela criança.

Vale observar que os comentários e conteúdos aqui contidos podem problematizar ou parecer contra a UTI e novas tecnologias de assistência em saúde, mas persiste a observação de que essas situações são vistas como necessárias e importantes para a saúde, ainda que saibamos que não são isentas de consequências possivelmente traumáticas. Oliveira (2002) salienta, então, a importância de se atentar às produções subjetivas nesse ambiente, favorecendo atitudes humanizadoras não só por parte da atividade da psicologia hospitalar mas também na formação continuada e atenção por parte de todos

os profissionais envolvidos. Encerramos, assim, esta seção, com um pensamento da autora (OLIVEIRA, 2002, [s.p.]) que discorre acerca das "implicações em um mundo de significados, quando seres humanos se tornam pacientes". Sendo que os avanços da medicina permitem prolongar vidas e que as pessoas retornem ao seu convívio social mas também podem criar novas patologias, traumas ou até mesmo limitações permanentes.

Sem medo de errar

A aparente dificuldade de comunicação entre equipe, paciente e familiares a que se refere a situação-problema apresentada deve ser observada com cuidado nesse contexto clínico. No breve contato de Fernando com os familiares do Sr. Zico, fica evidente que outras questões de ordem psíquica podem estar interferindo nesse momento da hospitalização, bem como na vivência do paciente de estar em uma UTI.

Faz-se importante levar em consideração os estigmas e as experiências prévias que o paciente tem com o ambiente de uma UTI, ainda mais sendo a mesma unidade em que seu pai havia falecido.

Possíveis propostas de intervenção com a **equipe hospitalar** poderiam ser:

- Esclarecer que aspectos emocionais relacionados à história familiar do paciente podem estar interferindo de maneira direta em seu humor naquele momento da hospitalização.
- Solicitar explicitamente prognósticos e pareceres sobre a situação clínica do paciente, explicando também para a equipe que ele pode estar encarando a UTI como uma vivência de terminalidade ou morte iminente.
- Solicitar que a equipe reassegure e deixe claro para o paciente a sua condição clínica sempre que possível.

Junto aos **familiares do Sr. Zico,** pode se fazer importante:

- Averiguar a compreensão deles sobre a situação de saúde do paciente.
- Estimular o contato com a equipe médica para tirar dúvidas e qualquer mal entendido na comunicação.
- Mostrar-se disponível para os familiares nos momentos em que eles estão no hospital, solicitando que o procurem ou que

sejam agendados atendimentos em que podem ser abordadas a vivência e as angústias que eles próprios estão passando nesse momento. Esses agendamentos não invalidam a possibilidade de que o próprio Fernando prossiga procurando contatos com os familiares nos momentos em que eles se encontram no hospital em função das visitas na UTI.

Com o **próprio Sr. Zico**, estabelece-se uma situação delicada, uma vez que novas informações foram obtidas com seus familiares sobre possíveis influências de questões emocionais dele nesse momento. Posturas adequadas e não invasivas para com o paciente poderiam ser:

- Prosseguir com atendimentos para se manter o vínculo, na medida em que o paciente se mostre disponível e aberto, sem forçar temas ou conteúdos a serem discutidos. Ainda que seja importante ser trabalhada a fantasia do paciente acerca do ambiente de UTI, isso pode ser feito de maneira sutil, questionando-o sobre suas vivências e preocupações nesse ambiente.
- Estimular uma maior troca do paciente com a equipe de saúde acerca de seu prognóstico e condição clínica.

Essas possibilidades de intervenção são apenas exemplos que não se esgotam ao que foi apresentado aqui, podendo você elaborar melhor algumas delas ou apresentar novas ideias que lhe ocorram, de acordo com o que vem estudado ou pesquisado.

Avançando na prática

Eles querem me matar!

Descrição da situação-problema

Lucas é um paciente de 38 anos que precisou de uma cirurgia após uma apendicite aguda. O paciente teve complicações no período pós-cirúrgico decorrente de uma infecção de difícil tratamento. Após o período pós-cirúrgico, Lucas precisou ficar duas semanas em uma UTI por conta da infecção, principalmente para controle da situação clínica e manejo de antibióticos endovenosos. Certa tarde, os familiares de Lucas procuram a equipe preocupados com certo distanciamento no olhar do paciente e com certo discurso de agressão e violência por parte da equipe. A própria equipe reconhecera mudanças de comportamento do paciente, tornando-se arisco e recursando

procedimentos e medicações, o que culminou com um momento no qual o paciente empurrou a bandeja de medicamentos gritando que a enfermeira queria envenená-lo.

A família também estranha esse comportamento e preocupa-se, dizendo que Lucas nunca fora agressivo, conhecia muito bem toda a situação clínica que estava passando, bem como aceitava o tratamento. Nas palavras de sua esposa, seu medo era que "ele estivesse ficando louco".

O médico da UTI responsável pelo caso esclarece para você, psicólogo hospitalar, que esse pode ser um típico caso de *delirium*, decorrente, principalmente, da infecção do paciente, dos efeitos colaterais dos medicamentos e do período prolongado de internação na UTI. Como você, psicólogo hospitalar, pode proceder para tentar compreender esse caso, bem como auxiliar na explicação do quadro para os familiares?

Resolução da situação-problema

Essa situação, como caracterizada no enunciado acima, denota a ocorrência de um quadro de *delirium*. Entretanto, esse diagnóstico ou essa conclusão deve ser tomada em conjunto e cuidadosamente com a equipe de saúde, bem como com contato com o próprio paciente e familiares. Esses conteúdos paranoides podem ser trabalhados em psicoterapia com o paciente e os familiares, investigando ocorrências anteriores ou decorrentes unicamente do quadro clínico e da internação atual.

O *delirium* é compreendido como uma alteração mental temporária, em que ocorrem oscilações de consciência entre confusão mental, agitação psicomotora e momentos de lucidez, decorrentes de uma condição clínica subjacente ou internação prolongada em UTI. O quadro costuma ser associado a infecções, acidentes vasculares cerebrais (AVCs), demência e outra situações clínicas, portanto, requer um diagnóstico diferencial específico e multiprofissional. As condições que os pacientes costumam vivenciar nas UTIs podem desencadear quadros de *delirium*, decorrentes, principalmente, da doença mas também da desorientação espaço-temporal que a vivência promove, como medicações analgésicas ou sedativas que alteram o nível de consciência e o estranhamento perante as características do ambiente (isolamento, perda de perspectivas, ausência de sono reparador etc.).

Faça valer a pena

1. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser caracterizada como um ambiente de alta complexidade técnica em medicina, em que questões proeminentes, como o cuidado médico constante e intensivo para os pacientes (alguns deles entre a vida e a morte), tornam-se prioridades.
Sobre a assistência hospitalar nas UTIs, é correto afirmar:
a) Características intrínsecas das UTIs permitem o trabalho em equipes de saúde, com exceção do profissional psicólogo, o qual se restringe aos atendimentos aos familiares dos pacientes nessas situações.
b) Estudos exploratórios sugerem que as necessidades dos pacientes em UTIs se restringem a um maior contato com os familiares, que são excluídos desse momento da hospitalização.
c) A humanização deve ser uma premissa básica para todos os profissionais que trabalham nesse contexto, não apenas para o psicólogo hospitalar.
d) Os pacientes internados em UTIs estão vivendo processos de terminalidade, portanto a psicoterapia, nesses ambientes, deve focar aspectos subjetivos perante a morte e o morrer.
e) O atendimento em psicologia hospitalar nas UTIs deve valorizar aspectos saudáveis dos pacientes do ponto de vista psíquico, ignorando a situação clínica médica devido ao seu fator imprevisível.

2. Características intrínsecas das UTIs podem proporcionar consequências emocionais importantes para os pacientes e familiares, tornando-se foco de atenção para a psicologia hospitalar. Essas consequências podem ser de ordem técnica ou expressiva.
São apontadas pelos autores da área como consequências técnicas da hospitalização em UTIs:
a) Separação da família e ambiente desconhecido.
b) Manobras agressivas e vivenciadas como dolorosas, como a intubação.
c) Ausência de referenciais cotidianos, como horário fixo para refeições e noção de período do dia.
d) Impossibilidade de resposta ou recusa dos procedimentos dolorosos realizados.
e) Medo da morte e incertezas frente ao prognóstico.

3. O Ministério da Saúde, em ação conjunta com o SUS, incentiva ações em humanização tanto em saúde básica quanto em instituições hospitalares. O Método Canguru é uma ação recente do Ministério da Saúde que visa a uma assistência especializada e humanizada em UTIs neonatais e em casos de bebês nascidos prematuros. Sobre o Método Canguru, é possível afirmar:

a) Tratam-se de ações que incentivam o aleitamento materno até idades avançadas da criança como profilaxia para distúrbios do sistema imunológico.
b) O Método Canguru estabelece diretrizes de ações específicas sobre a relação mãe-bebê, consistindo de dinâmicas e atividades impostas no contexto hospitalar que favoreçam a afetividade e a construção de vínculo.
c) Diretrizes do Ministério da Saúde advertem sobre os riscos de infecção dos contatos físicos entre os pais e os bebês em UTIs, favorecendo o isolamento e até mesmo a quarentena no caso de recém-nascidos abaixo do peso ideal.
d) Nos ambientes de UTI e hospitalares, o profissional psicólogo pouco pode interver nessas situações devido à impossibilidade de comunicação verbal do bebê, o paciente em questão.
e) Esses programas valorizam o vínculo pais-bebês, seja por meio do contato físico possível ou pelo envolvimento dos pais no processo terapêutico médico do recém-nascido, tornando-se, inclusive, um método de profilaxia psíquica para o desenvolvimento dessas crianças.

Seção 3.3

Atendimentos específicos

Diálogo aberto

Nas semanas que se seguiram, Sr. Zico foi se recuperando aos poucos do infarto do miocárdio e, com os atendimentos de Fernando, também pôde falar um pouco mais sobre seu adoecimento recente. Pôde também trazer para atendimento novas informações e perspectivas sobre um luto mal elaborado em relação à morte de seu pai. Sr. Zico sentia-se culpado por ter passado grande parte de sua vida afastado do convívio de seu pai, o qual fora alcoolista e perdera contato com grande parte da família. Sr. Zico havia sido a única pessoa a retomar contato e prestar auxílio quando seu pai adoeceu. Também com os atendimentos, a identificação do paciente com seu pai falecido foi se desfazendo, principalmente ao se levar em consideração o autocuidado e a adesão ao tratamento médico recomendado. Sr. Zico lembra que, mesmo no início de sua doença, o pai continuava fazendo uso abusivo de bebida alcoólica.

Estando Sr. Zico mais tranquilo com a situação, a equipe médica procura Fernando novamente com a notícia de que seria necessário fazer uma cirurgia de revascularização cardíaca no paciente. Eles não conhecem os detalhes do processo terapêutico vivido pelo paciente ao longo da sua estadia na UTI, nem o quanto ele havia avançado em suas questões emocionais trazidas à tona pelo adoecimento. O médico responsável relembra os momentos iniciais dessa internação e, temendo que Sr. Zico não aceite a indicação cirúrgica, Fernando é convocado a apresentar uma avaliação psicológica pré-cirúrgica sobre esse caso em reunião com a equipe.

Ainda que, nesse contexto, não lhe fora apresentada uma discussão rica em detalhes sobre o caso, proponha um modelo do que julga necessário que Fernando apresente sobre sua compreensão do caso como psicólogo para a equipe médica, bem como de possíveis pontos a serem abordados com o paciente, tanto em atendimento psicológico quanto pela equipe médica nesse momento pré-cirúrgico. Vamos auxiliar o psicólogo Fernando e a equipe médica a preparar o Sr. Zico para a cirurgia por vir?

– Quais pontos você sugeriria que Fernando apontasse em sua avaliação psicológica?

– O que você acredita que ele não precise ou deva expor?

– Diante do que foi apresentado sobre o Sr. Zico, o que você consideraria importante que Fernando compartilhasse com a equipe médica nesse momento pré-cirúrgico?

– No próximo atendimento ao Sr. Zico, o que você diria para Fernando observar ou que temas focar seu atendimento?

Não pode faltar

Dando seguimento aos temas relativos à atuação do psicólogo hospitalar em seu cotidiano, vamos abordar, nesta seção, tópicos sobre atendimentos específicos nesse cenário. Prosseguindo sobre o tema atendimentos infantis (crianças e bebês), conheceremos sobre a importante função do lúdico como uso psicoterápico ou em brinquedotecas hospitalares. Abordaremos também aspectos da assistência hospitalar aos pacientes cirúrgicos e o uso de técnicas psicológicas para avaliação no ambiente hospitalar. Por fim, vamos tecer algumas considerações sobre a questão da adesão ao tratamento, assunto que já foi colocado em pauta em outros momentos, mas que merece um destaque em nossos estudos.

Atendimentos infantis

O nascimento de uma criança é naturalmente revestido de fantasias, preocupações e exige adaptações em vários sentidos por parte dos pais. Romano (2008) explica que a maternidade é, por si só, um momento marcante do ponto de vista emocional, o qual pode, inclusive, desencadear transtornos psicológicos significativos. A autora salienta que um bebê já nasce revestido de expectativas, desde a escolha do nome e significados a ele atribuídos, até histórias e narrativas de vida que podem influenciar seu desenvolvimento. Sabemos que esse processo sofre influências marcantes no caso de bebês prematuros ou que passam por algum tipo de adoecimento grave logo no início de suas vidas. Como apontado por Romano (2008), além do luto pela perda do bebê esperado, a "criança dos sonhos", os pais podem lamentar pela doença ou futuras restrições que seus filhos possam ter, podendo, inclusive, desenvolver sentimentos de culpa e angústia, conscientes ou inconscientes.

Exemplificando

Romano (2008, p. 78) exemplifica a questão do bebê adoecido com uma vinheta clínica paradigmática:

> Eu esperava sair da maternidade e levar meu filho para casa. Esperava sair com ele nos meus braços e dividir minha alegria com todos que lá me aguardavam... mas nada disso aconteceu... ele não saiu nos meus braços, saiu numa ambulância e veio direto para cá e eu não sei se ele vai voltar comigo. Eu não posso acreditar que isso é verdade... não foi nada disso que eu sonhei toda minha vida...

A autora salienta que o conflito vivido pelos pais nesta situação também pode se traduzir no seguinte pensamento: "Como me apegar a um bebê com poucas chances de sobreviver?" (ROMANO, 2008, p. 78).

Em outro exemplo de um casal que acompanhava a ida de sua filha ao centro cirúrgico, Romano (2008, p. 80) demonstra uma situação de atuação para o psicólogo hospitalar, o qual reconhece que a crise familiar vivida no momento desencadeava reações ambivalentes na equipe de saúde:

> Enquanto a mãe apresentava uma postura passiva, sinalizando um quadro depressivo, o pai mostrava-se possessivo e questionador. Conferia diariamente as funções vitais de seu filho, discutia o diagnóstico com a equipe e discordava dos procedimentos que estavam sendo feitos. Tal postura lhe assegurava uma falsa sensação de controle. Seu comportamento despertava certa hostilidade na equipe. (...) A mãe vivia um luto antecipatório (...); o pai, por outro lado, negava a realidade e não suportava o sofrimento de sua esposa. Foram necessários alguns atendimentos até que ambos percebessem o quanto não sabiam lidar e (conseguissem) respeitar a dor do outro.

No caso de uma família que tem um de seus filhos hospitalizado, Romano (2008) também aponta a necessidade de certa atenção para com o(s) outro(s) filho(s) do casal. O fato de os pais estarem muito envolvidos com os cuidados da criança adoecida e, portanto,

até estarem ausentes do ambiente familiar, isso pode ser vivido pelos outros filhos como fonte de angústia e sofrimento. Relatos dos pais apontam indicadores dessa reação nos filhos sadios, como sentimentos de culpa e rejeição, manifestações somáticas, problemas na escola, comportamentos regredidos e dificuldades de relacionamento abruptas (rebeldia, isolamento).

O desenvolvimento de uma criança que nasce com algum tipo de doença congênita ou adoece cronicamente ao longo de sua vida fica marcado pela necessidade de visitas constantes ao hospital, ausências escolares e obstáculos na sua vida social e familiar. Assim como os pacientes adultos, as crianças também vivem a necessidade de adaptação ao novo quadro e possibilidade de vida: as crianças precisam interagir e confiar em pessoas desconhecidas (equipe de cuidados), passam por experiências dolorosas (como as temidas injeções), podem ficar restritas a um quarto de enfermaria ou UTI, são privadas de atividades e convívio social. As implicações de uma hospitalização infantil são reconhecidas pelos principais autores da área, citados por Motta e Enumo (2004), que apontam a necessidade de se desenvolverem trabalhos que promovam a humanização da instituição hospitalar. Entre as estratégias utilizadas para o enfrentamento das crianças em condições estressantes, o brincar é apontado como principal recurso, ocorrendo naturalmente em situações saudáveis e devendo ser utilizado também pelos profissionais do hospital para com as crianças.

O uso de brinquedos no ambiente hospitalar vai além do simples recurso como atividade estimulante e divertida: intervenções psicológicas podem fazer uso de componentes lúdicos tanto para acessar a criança e se estabelecer um vínculo de confiança como com a finalidade de adotar estratégias de intervenção focadas no brincar como uma linguagem e forma de expressão da criança. Motta e Enumo (2004) relatam, por exemplo, o uso de materiais hospitalares de brinquedo para a criança manipular e, assim, expressar seus temores e ansiedades, ressignificando esses objetos. Relatos de experiências mostram que a oportunidade de brincar no hospital tem efeitos positivos (recrear, amenizar o sofrimento e favorecer a comunicação e a expressão de sentimentos).

O uso do brincar como técnica terapêutica aproxima o ambiente hospitalar da realidade cotidiana da criança, além de ajudar na

compreensão dos procedimentos e da realidade hospitalar; outro efeito é a observação e avaliação de como a criança vem interagindo e significando essa experiência, assim como no uso de desenhos.

Pesquise mais

O brincar em situação de hospitalização é uma possibilidade de estratégia adequada para o enfrentamento, entretanto, para se trabalhar com ludoterapia ou psicoterapia infantil fazendo uso de brinquedos, são necessários estudos teóricos específicos. Diferentes linhas teóricas fazem uso do lúdico no contexto de uma psicoterapia. Recomendamos que novas leituras sejam realizadas pelo profissional que trabalha em contexto de pediatria ou que tem contato com crianças no ambiente hospitalar, a fim de aprofundar-se sobre técnicas específicas ou métodos de interpretação. Como sugestão de bibliografia, temos o livro de Aberastury, que faz uso da teoria psicanalítica (principalmente, Freud e Winnicott), trazendo, inclusive, exemplos clínicos de trabalhos em hospitais. As outras duas sugestões são de base comportamental e também apresentam as principais contribuições teóricas da ludoterapia comportamental.

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança**: teoria e técnica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GUERRELHAS, F.; BUENO, M.; SILVARES, E. F. de M. Grupo de ludoterapia comportamental X Grupo de espera recreativo infantil. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 157-169, 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452000000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Entendendo também o brincar como uma atividade e um direito básico da criança, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a brinquedoteca hospitalar apresenta-se como um espaço privilegiado para atender essa demanda. De acordo com a Lei nº 11.104/2005, todos os hospitais que oferecem assistência pediátrica devem conter uma brinquedoteca em suas dependências (ANGELO; VIEIRA, 2010). A brinquedoteca oferece às crianças e aos adolescentes hospitalizados brinquedos e jogos educativos, sendo um lugar onde eles mantêm o convívio social, aprendendo a compartilhar brinquedos, histórias e emoções acerca da hospitalização. O aspecto social acaba oferecendo um importante fator terapêutico, uma vez que

as crianças acabam formando vínculos facilitadores para a experiência de internação, tanto com a equipe quanto com seus familiares ou outros pacientes. A brinquedoteca não é, necessariamente, um ambiente sob responsabilidade ou gerida pelo profissional psicólogo, visto que a atividade lúdica não tem, aqui, finalidade psicoterapêutica ou psicodiagnóstica, mas é um espaço de brincar livre (ainda que possa apresentar, espontaneamente, benefícios terapêuticos).

Atendimento ao paciente cirúrgico

Como apontam Sebastiani e Maia (2005), apesar dos avanços tecnológicos em técnicas cirúrgicas e anestésicas, um paciente que realizará uma cirurgia dificilmente vai se sentir totalmente seguro. A necessidade de uma cirurgia ameaça a integridade física e psicológica, as incertezas frente ao procedimento podem gerar "sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor ou da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal" (SEBASTIANI; MAIA, 2005, p. 54). Os autores defendem que nenhum paciente está efetivamente preparado para uma cirurgia, sendo esse também papel da psicologia hospitalar. O psicólogo pode atuar com o objetivo de minimizar a angústia e ansiedade, favorecendo a livre expressão de sentimentos, fantasias e dúvidas quanto ao procedimento a ser realizado e sua recuperação.

Um maior nível de tensão e ansiedade no período pré-operatório representa maior risco de depressão, baixa aderência ao programa de reabilitação e outras intercorrências no período pós-operatório, sendo esse um importante momento para acompanhamento psicológico (SEBASTIANI; MAIA, 2005). O pós-operatório imediato (primeiras 72 horas após a intervenção e com o paciente ainda hospitalizado) é o período em que o paciente vai recuperando sua consciência, após a anestesia, para, gradativamente, se reencontrar consigo mesmo. Nesse momento, é comum a ocorrência de confusão mental ou crises agudas de ansiedade, sendo importante um acolhimento por parte da equipe. Durante o pós-operatório tardio (período que pode durar dias ou até meses após a cirurgia, até a completa cicatrização e prevenção das complicações, com provável alta hospitalar ao longo desse período), a presença do psicólogo na reabilitação do paciente é fundamental, pois, nesse momento, podem ser trabalhadas elaborações, fantasias, medos, eventuais e depressões para que não se tornem empecilhos na reintegração do paciente à vida.

Atualmente, vários procedimentos cirúrgicos contam com protocolos que preveem a avaliação e o acompanhamento psicológico ao paciente, desde o momento da indicação cirúrgica até a reabilitação. Sebastiani e Maia (2005) destacam, entre eles, os protocolos de cirurgias bariátricas e outras técnicas para obesidade mórbida, cirurgias plásticas e transplantes. Em alguns casos, a avaliação psicológica tem função de indicação ou contraindicação para o procedimento, justamente prevendo a necessidade de grande investimento psicológico para o processo (como no caso de um transplante) ou fatores emocionais envolvidos (como a compulsão alimentar, por exemplo, no caso de cirurgia bariátrica).

Avaliação psicológica

A avaliação psicológica nos ambientes hospitalares é considerada uma ferramenta adequada para sustentar decisões a respeito do diagnóstico, tratamento, prognóstico e necessidades dos pacientes. A detecção de distúrbios psíquicos nos ambientes médicos pode representar importante diferencial no atendimento oferecido, bem como diminuição do sofrimento e custos institucionais. O processo de avaliação deve levar em conta a natureza e o objetivo do trabalho (diagnóstica, pré-operatória, interconsulta etc.), as condições do paciente e características do ambiente (ambulatório, UTI, enfermaria etc.). Para efetivar a avaliação psicológica, métodos ou instrumentos específicos podem ser utilizados, como entrevistas, questionários, testes psicológicos, técnicas projetivas e de observação, entre outras. (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005).

Existe uma confusão entre **avaliação psicológica** e **aplicação de instrumentos**. É importante salientar que os instrumentos e testes psicológicos são uma forma possível de avaliação objetiva e padronizada, mas a entrevista psicológica, por exemplo, também é um método adequado de se compreender a situação e oferecer uma conclusão que auxilie na assistência ao paciente. O objetivo de uma avaliação não é simplesmente rotular ou diagnosticar o paciente, mas descrever, por meio de técnicas específicas, a melhor compreensão de alguns aspectos da vida de uma pessoa. A avaliação psicológica é um processo mais amplo e que pode compreender a aplicação de um ou diversos instrumentos para ser realizada.

Capitão, Scortegagna e Baptista (2005) salientam que uma proposta ou protocolo de avaliação psicológica no hospital deve colher as informações necessárias sobre o estado geral do paciente, as mudanças ocorridas desde o início da doença e o histórico passado e atual, principalmente relacionado à doença ou à hospitalização. Suportes sociais e familiares que o paciente vem recebendo, além dos próprios recursos psíquicos que ele possui também são tópicos comumente abordados em uma avaliação no contexto hospitalar. A depender dos objetivos da avaliação, diferentes domínios sobre o paciente são explorados; os autores citam alguns desses domínios de maneira simplificada como: biológico (frequência dos sintomas, dor, histórico de adoecimento etc.); afetivo (sentimentos sobre a doença, tratamento, variações de humor etc.); cognitivo (conhecimento objetivo do paciente sobre seu quadro, percepção, memória, crenças, expectativas sobre as intervenções); comportamentais (reações do paciente ou familiares, hábitos de risco ou protetores, adesão ao tratamento, estilos de comportamento, tais como hostilidade ou ansioso etc.).

Gorares e Guerrelhas (2003) evidenciam a necessidade de uma avaliação psicológica consistente e fundamentada na literatura da área para atender às demandas da população e da instituição. Segundo os autores, a sistematização da avaliação – por pareceres em escrito, procedimentos e intervenções objetivadas – também pode produzir novos e relevantes conhecimentos para a psicologia hospitalar como ciência. Como exemplo, os autores trazem um roteiro sistematizado para entrevista semiestruturada utilizada na avaliação comportamental de pacientes de uma clínica gastrocirúrgica. As questões propostas envolvem uma coleta de dados individuais da história de vida e condições ambientais favoráveis à aquisição da doença (câncer digestivo, no caso); características da comunicação paciente-equipe; fatores cognitivos, comportamentais e emocionais que envolvem a doença; problemas e dificuldades relacionados aos procedimentos terapêuticos e identificação da rede de apoio social/familiar.

Após a coleta de dados com o roteiro descrito acima, os autores (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003) explicam que esses dados são utilizados, então, para o planejamento de intervenções baseadas nas necessidades individuais dos pacientes, constituindo, assim, a avaliação psicológica. A avaliação é útil para identificar demandas, como psicoterapia, necessidade de discussão de caso com a

equipe, fortalecimento do vínculo equipe-paciente, estimular maior envolvimento familiar, trabalhar questões específicas com o paciente sobre tratamento/hospitalização, ou até mesmo demandas de outras ordens que podem ser encaminhadas para outros profissionais ou serviços de atendimento.

Adesão do paciente ao tratamento

Uma importante preocupação por parte da equipe de saúde é a dificuldade dos pacientes em seguir, regular e de modo metódico o tratamento de saúde a eles proposto. A adesão ao tratamento diz respeito ao seguimento, por parte do paciente, das orientações, prescrições de medicamentos, recomendações e restrições específicas (alimentares, de exercício físico, restrição hídrica, por exemplo) passadas por uma equipe de cuidados. Sabemos que a adesão ao tratamento é fator primordial no controle efetivo de muitas doenças, principalmente as crônicas.

Reflita

Segundo Lustosa, Alcaires e Costa (2011), a maior parte dos profissionais de saúde acaba seguindo orientações ou métodos para medir a adesão (como contagem de pílulas, relatos e inquéritos, revisão de exames e resultados clínicos, entre outros), exercendo, assim, certo controle sobre a adesão do paciente.

Entretanto, esses métodos acabam por privilegiar fatores objetivos, principalmente o aspecto medicamentoso. Fatores, como o paciente e suas características, estilo e contexto de vida e o significado que a doença ou o tratamento tem para ele, acabam dissociados nessa maneira de avaliar a situação.

Para a psicologia hospitalar, qual seria a postura mais adequada para se trabalhar a questão da adesão? De quem não adere ao tratamento ou do tratamento que "não é aderido"?

Em um estudo realizado por Lustosa, Alcaires e Costa (2011) sobre adesão ao tratamento, o termo é compreendido como um processo multifatorial que acontece como uma parceria entre aquele que cuida e quem é cuidado, e "diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde" (p. 31). Três componentes principais são apontados para essa relação: o entendimento de que o paciente tem de sua doença; a

expectativa de cura ou melhora, que é formada em sua mente; e o lugar do médico no imaginário do paciente. Temos, dessa maneira, fatores relacionados aos pacientes, como: o reconhecimento e a aceitação de sua condição de saúde, a adaptação ativa às condições necessárias, a identificação dos fatores de risco em seu estilo de vida e o cultivo de hábitos que promovem saúde e qualidade de vida. Do ponto de vista das responsabilidades, por parte da equipe, apontamos: a necessidade de ações de saúde voltadas às pessoas e não centradas nos procedimentos, com orientação, informação e adequação das terapias propostas ao estilo de vida do paciente, bem como suporte social e emocional.

Mais de 200 variáveis relacionadas com a adesão ao tratamento foram identificadas por Sackett e Haynes (1976 apud SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006), agrupadas nas seguintes categorias: características do doente; características do tratamento; características da doença; relacionamento com os profissionais de saúde; e variáveis organizacionais e estruturais. Doenças silenciosas, ou seja, que não produzem sintomas a princípio, constituem-se um desafio ainda maior para a responsabilidade dos pacientes em aderirem ao tratamento, como é o caso da hipertensão arterial. Por outro lado, temos o caso de doenças complexas que demandam um alto grau de envolvimento e ações necessárias, como é o caso da diabetes. O tratamento para diabetes é considerado extremamente desafiante pelo alto grau de envolvimento exigido ao doente: dieta restritiva, ações que envolvem estilo de vida (exercícios físicos, manejo de estresse, cuidados com os pés) e ações que envolvem medicação diárias (como a aplicação de insulina ou antidiabéticos orais). Esses casos, como apontados pela literatura, pela complexidade das ações envolvidas ou já conhecida dificuldade de adesão, tornam-se especialmente foco de atenção por parte das equipes de saúde, exigindo maior atitude pedagógica e de proximidade com esses pacientes (SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2006).

Ainda que hoje em dia se tenha um acesso facilitado e gratuito ao SUS, a questão da adesão é um importante fator de promoção, prevenção e tratamento, sendo necessárias ações e uma abordagem multiprofissional. Aumentar a adesão significa, nesse contexto, facilitar as informações e o entendimento do paciente, observar de maneira próxima e atuar sobre suas dificuldades específicas. As mudanças

no estilo de vida e restrições a prazeres ou hábitos enraizados nos pacientes constituem um importante foco de atendimento por parte do psicólogo, de forma a aproximar os desejos pessoais às medidas terapêuticas necessárias.

Sem medo de errar

Para pensarmos sobre a situação-problema apresentada, temos, primeiramente, de entender o contexto no qual o pedido de avaliação foi realizado. Desde os momentos iniciais da atual internação do paciente, a equipe ficou mobilizada pelo seu estado de ansiedade e desejo de voltar para casa, ainda que ele não recusasse os procedimentos necessários. Os atendimentos com os familiares do paciente, bem como o processo psicoterápico que se desenvolveu com o próprio Sr. Zico, deixaram evidentes que existem fatores emocionais emergindo na atual internação e com relação ao ambiente da UTI, bem como tratamento proposto. Ainda que não seja imprescindível entrar em detalhes, nesse momento, com a equipe de saúde e expor conteúdos pessoais e/ou sigilosos, como a identificação do paciente com seu pai falecido, é necessário um esclarecimento acerca da atual situação emocional do paciente, bem como a mudança nesse reconhecido "quadro de ansiedade".

Os atendimentos que se seguirem com Sr. Zico devem abordar a questão da indicação cirúrgica e suas implicações para o paciente, sua real compreensão do procedimento proposto e fantasias ou temores, além disso, expectativas quanto à recuperação, limitações e consequências em sua vida após a alta hospitalar também podem ser exploradas.

Os tópicos descritos também podem estar organizados na devolutiva para a equipe quanto ao pedido de avaliação. Com base nos atendimentos anteriores, também é possível traçar um panorama geral quanto à relação do paciente com seu adoecimento e autocuidados, sendo que ele sempre seguiu adequadamente as prescrições medicamentosas e indicações médicas, contando sempre com apoio familiar adequado. Esses fatos corroboram que o paciente em questão não apresenta restrições psicológicas à indicação cirúrgica, ainda que seja indicado um seguimento em psicoterapia devido às reações emocionais vividas anteriormente, com impacto direto em seu adoecimento.

Avançando na prática

A dor de Lucas

Descrição da situação-problema

Lucas é um paciente de 7 anos de idade, internado para tratamento cirúrgico de uma cardiopatia congênita. O paciente demonstra-se para a equipe e familiares muito calado e entristecido, interagindo pouco e visivelmente assustado quanto ao ambiente hospitalar e os procedimentos realizados. A psicóloga hospitalar observa, certo dia, que quando a enfermeira chega para tirar sangue de Lucas para os exames diários, o paciente se resume a esticar o braço e permanecer em silêncio. Ainda que ele não chore ou se recuse a tirar sangue, é nítido o quanto está contrariado.

Diante da aparente complacência de Lucas, equipe e familiares o elogiam quanto a ser muito comportado, e o paciente não é visto como um problema ou de difícil trato. Em certo atendimento ludoterápico, ele escolhe da caixa lúdica um boneco e objetos que normalmente fazem parte do dia a dia do hospital: estetoscópio, termômetro e seringas de brinquedo. A psicóloga confirma suas hipóteses quando observa o paciente, ao brincar com os objetos escolhidos, demonstrar muita agressividade, perfurando o boneco várias vezes com a seringa de brinquedo e repetindo: "não dói nada, não dói nada, você precisa aguentar".

Diante da vinheta clínica proposta, como você entende que poderia ter sido a hipótese de entendimento da psicóloga do caso? Quais intervenções você proporia para o atendimento a esse paciente?

Resolução da situação-problema

Ainda que se demonstrando aparentemente calmo e "um bom paciente", no discurso da equipe, o atendimento lúdico deixa claro o quanto Lucas poderia estar sofrendo de maneira calada. Ao projetar, na cena lúdica, sua agressividade, podemos entender que é com essa mesma agressividade que o paciente vive sua hospitalização e trato pela equipe. Suas falas de "não dói nada" revelam um entendimento que invalida sua verdadeira experiência, que aquilo, sim, dói. Os atendimentos lúdicos em questão podem ser complementados com questionamentos acerca de como o paciente significa aquela vivência dolorosa, não como um castigo ou punição, mas sim de

algo necessário para sua saúde e que vai ter um encerramento em algum momento. Perguntas do tipo "como o boneco deve estar se sentindo nesse momento?" podem surtir efeito, e ele pode acabar manifestando o que está sendo silenciado.

Equipe e familiares podem também ser alvo de intervenções por parte da psicóloga, explicando que, apesar de Lucas não manifestar seu sofrimento, ele parece estar vivendo a hospitalização com extrema violência. Um manejo especial de acolhimento nos momentos dos exames ou até mesmo validar sua dor pode ser necessário, e não o tratar como se não existissem queixas e sofrimento.

Faça valer a pena

1. As implicações psicológicas e, possivelmente, traumáticas de uma internação infantil são reconhecidas pelos principais autores da área, os quais apontam a necessidade de se desenvolverem ações que promovam a humanização da instituição hospitalar.

Sobre o uso do lúdico e do brincar em ambiente hospitalar, é correto afirmar:

a) O brincar pode ser utilizado como estratégia de intervenção em psicoterapia, encarado como uma linguagem e forma de expressão da criança.

b) Por se tratar de um último recurso que aproxima a criança hospitalizada de seu ambiente anterior, o brincar deve ocorrer de maneira espontânea e sem nenhuma interferência da equipe hospitalar.

c) O uso de brinquedos deve ocorrer como simples recurso de atividade estimulante e divertida para as crianças hospitalizadas, sem qualquer outro tipo de leitura.

d) No hospital, as atividades lúdicas devem se restringir ao ambiente da brinquedoteca, a fim de que não perturbe outros pacientes ou a rotina de trabalho da equipe.

e) O brincar é entendido como uma defesa ou estratégia de enfrentamento regredida, devendo ser desencorajado em crianças, mas principalmente nos adultos.

2. A avaliação psicológica consiste em uma ferramenta que sustenta decisões a respeito do diagnóstico, tratamento, prognóstico e necessidades dos pacientes. É útil no ambiente médico-hospitalar, assim como no trabalho clínico e em saúde como um todo.

Sobre a avaliação psicológica, é correto afirmar:

a) Seu uso tem fins diagnósticos, com respaldo nos manuais técnicos, como DSM-IV e CID-10, para determinar o quadro clínico do paciente.

b) Trata-se da aplicação de instrumentos específicos, como o Inventário de Depressão de Beck e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.
c) Pode fazer uso de métodos diversos e combinados, como entrevista, técnicas projetivas e de observação ou até mesmo instrumentos objetivos, como testes e escalas.
d) No contexto hospitalar, as avaliações psicológicas se dão unicamente por solicitação da equipe em casos específicos, como transplantes ou outras cirurgias mais complexas.
e) A avaliação psicológica varia de instituição para instituição, entretanto, compõe-se sempre de um questionário objetivo a ser preenchido pelo profissional psicólogo no primeiro contato com o paciente.

3. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a adesão ao tratamento como a medida que o comportamento de uma pessoa – em tomar a medicação, seguir a dieta recomendada e/ou implementar mudanças em seu estilo de vida – corresponde às recomendações fornecidas por um profissional da saúde.
Somando-se ao conceito da OMS, a adesão ao tratamento é entendida pelos principais pesquisadores da assistência em saúde como:
a) Responsabilidade do doente, devendo ser tomadas medidas de controle e observação por parte da equipe.
b) Um processo multifatorial, mas definido, primeiramente, pela vontade do paciente em se cuidar adequadamente.
c) Responsabilidade da equipe médica, principalmente ao passar as informações adequadas e não conflitantes.
d) Algo que deve ser vigiado pelos familiares dos pacientes e alertado à equipe médica, caso as instruções não estejam sendo seguidas adequadamente.
e) Corresponsabilidade da equipe, paciente e influenciada por fatores institucionais.

Referências

ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança**: teoria e técnica. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ANGELO, T. S. de; VIEIRA, M. R. R. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 84-90, 2010. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-2/IDO4_%20ABR_JUN_2010.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

BARBOSA, L. N. F. et al. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 73-81, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

BALTAZAR, D. V. S.; GOMES, R. F. de S.; CARDOSO, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada1. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 2-18, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BOTEGA, N J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

CAPITAO, C. G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 12-22, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000100003>. Acesso em: 1 ago. 2017.

GIOIA-MARTINS, D. F.; MEDEIROS, P. C. da S.; HAMZEH, S. Á. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 128-141, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2017.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

GUERRELHAS, F.; BUENO, M.; SILVARES, E. F. de M. Grupo de ludoterapia comportamental X Grupo de espera recreativo infantil. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 157-169, 2000. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452000000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GUIRARDELLO, E. do B. et al . A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 123-129, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

JUGEND, M.; JURKIEWICZ, R.. A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 3-21, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun. 2017.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 27-49, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MÉTODO Canguru. **Portal da Saúde**, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/562-sas-raiz/dapes/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/l4-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/10387-vacinacao-infantil>. Acesso em: 10 jun. 2017

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

OLIVEIRA, W. L.; RODRIGUES, A. L. Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 41, p. 157-165, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372014000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun. 2017.

OLIVEIRA, E. C. do N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 30-41, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PINHEIRO, N. N. B.; VILHENA, J. de. **Uma casa com paredes de cristal:** a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/biblioteca/php/mostrateses.php?open=1&arqtese=0016169_03_Indice.html>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

______. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. **Rev Referência**, v. 2, n. 2, p. 34-41, 2006. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2006pdf/33-2006-jun.pdf> . Acesso em: 24 jun. 2017.

VALANSI, L; MORSCH, D.S. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 112-119, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

VIEIRA, M. C. Atuação da Psicologia Hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Rev. Bras. de Clin. Méd.**, v. 8, n. 6, p. 513-519, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2017.

Contexto hospitalar e interfaces com o sofrimento

Convite ao estudo

Ao longo da disciplina, acompanhamos o nascimento do serviço de psicologia do hospital com o processo de implementação proposto por Cristina e os primeiros passos de Fernando como psicólogo hospitalar. Junto aos desafios e trabalhos desses nossos personagens, aprendemos sobre a natureza do trabalho em psicologia hospitalar. Neste momento de seu estudo, você já pode ser capaz de dialogar sobre os principais tópicos e temas emergentes em psicologia hospitalar, já conhece, basicamente, a rotina de trabalho e como são feitas as intervenções nesta área.

Nesta última unidade da disciplina, serão apresentados novos temas que também fazem parte da rotina de um psicólogo hospitalar. Inicialmente, vamos nos ater à tanatologia, o estudo sobre a morte e o morrer, e veremos como o luto pode ser trabalhado no contexto hospitalar. Dando seguimento a esse assunto, vamos aprender como são realizados os cuidados paliativos como forma de minimizar o sofrimento de pacientes no final da vida e seus familiares. Outros temas importantes em psicologia hospitalar, como o transplante de órgãos, interfaces com a psiquiatria, a psicoterapia breve e a psicossomática, também serão tratados nesta unidade. Para isso, continuamos acompanhando o trabalho realizado por nossos personagens no serviço de psicologia que percorremos desde o início.

Durante os atendimentos prestados ao Sr. Zico no período em que ele ficou na unidade de terapia intensiva (UTI), Fernando pôde conhecer mais de perto o trabalho de Cassandra, sua colega psicóloga da instituição, responsável pelo setor das UTIs. Cassandra havia entrado no mesmo concurso que Fernando e, pela sua vasta experiência prévia com psicologia

hospitalar, fora alocada para trabalhar junto à equipe da UTI. Cassandra mostrava-se muito envolvida com todos os casos dos pacientes que estavam internados naquele setor, mesmo os que não fossem atendidos por ela, como era o caso do Sr. Zico. Dessa maneira, eles sempre acabavam discutindo e trocando informações sobre o andamento dos casos. Ao ter mais contato com Cassandra, Fernando foi percebendo as particularidades do trabalho com pacientes mais graves ou terminais.

Nesta unidade, vamos conhecer também um pouco da rotina de Cassandra, um trabalho mais próximo de temas delicados, como a morte, o luto e os cuidados paliativos.

Seção 4.1

Luto, melancolia e morte

Diálogo aberto

Durante as discussões de caso que os colegas de trabalho Cassandra e Fernando tinham, Cassandra pediu ajuda ao colega para pensarem juntos sobre o caso da paciente Janete, uma senhora de 80 anos que apresentava mal de Alzheimer em estágio inicial e insuficiência respiratória avançada como diagnósticos principais. Ela estava internada havia 3 semanas na UTI e não tinha um prognóstico bom, apresentava certo grau de confusão mental e perda de memória quando estava consciente.

A equipe da UTI solicitou o atendimento de Cassandra para acompanhar o caso, principalmente os familiares da paciente: duas filhas que se revezavam nas visitas e nos cuidados com a mãe. Uma das filhas de Janete mostrava-se distante emocionalmente do quadro clínico da mãe, pois, em todas as visitas, perguntava à equipe médica sobre a recuperação da paciente, possibilidade de alta hospitalar e falava dos planos que ainda tinha com a mãe, principalmente sobre uma viagem que as duas planejavam fazer para o litoral, grande sonho de Janete. A outra filha, o principal motivo de solicitação de atendimento psicológico por parte da equipe, demonstrava-se muito aflita em todas as visitas. Certa vez, a enfermeira precisou acompanhar a familiar até a saída, pois ela chorava e gritava para que a mãe não lhe abandonasse, e o fazia de maneira tão alta que atrapalhava o trabalho da equipe e as visitas dos outros pacientes.

Cassandra discute com Fernando que estão claramente diante de um caso de luto antecipatório, vivido de maneira muito diferente por cada uma das filhas. Na última semana, a equipe médica havia explicado que o quadro clínico de Janete, provavelmente, evoluiria a óbito, pois sua insuficiência respiratória se agravara. Complementando a compreensão de Cassandra, o que você explicaria sobre as diferentes dinâmicas emocionais das filhas de Janete? Pense também em como abordar com a equipe da UTI as reações emocionais das filhas: a equipe médica trazia seu desconforto com a primeira filha, pois diziam que explicavam exaustivamente sobre a gravidade do

caso e ela parecia não compreender; enquanto que a equipe de enfermagem havia colocado um estigma sobre a filha "que chora e dá um show" e cogitavam, inclusive, restringir sua visita para não atrapalhar o trabalho na unidade.

O que você diria para Cassandra abordar com as equipes? E em relação às filhas? Você diria que alguma intervenção psicológica poderia auxiliá-las nesse momento?

Não pode faltar

O senso-comum sabe bem do que se trata a morte, todos os seres vivos nascem e morrem. O significado da morte sofre influências históricas e culturais, como os rituais associados a ela, além de a morte poder ser evitada, esperada, cultuada, lamentada e até mesmo comemorada em alguns momentos ou culturas. A morte, antes renegada ou escondida, com o fim da era moderna, torna-se um objeto de discussão e de estudos, principalmente na área da saúde, apesar de ainda representar um tabu (FLACH et al., 2012).

Acima de qualquer dúvida, a morte faz parte da condição humana: a morte de alguém que amamos não é apenas uma grande perda mas também uma aproximação de nós mesmos com o tema e com a nossa própria morte. Pompéia e Sapienza (2013, p. 86) discorrem que:

> **Dor e tristeza acompanharão sempre a morte e o morrer – perder é muito difícil –, mas não necessariamente raiva, desespero e ressentimento. Isso se, no decorrer de uma vida com sentido até o fim, tivermos aprendido a aceitar profundamente nossa condição de ser mortal.**

A perda de um ente querido impacta a família em respostas individuais, que podem ser mais ou menos elaboradas, "funcionais ou disfuncionais", ruidosas ou silenciosas, mas que têm consequências emocionais para membros da família. Flach et al. (2012) entendem que tais consequências só podem ser compreendidas por meio de um olhar sistêmico sobre essa família e suas relações. Compreender os motivos pelos quais alguns indivíduos ficam profundamente marcados pela perda enquanto outros são mais resistentes ou até mesmo saem fortalecidos pela experiência depende do contexto familiar da perda, bem como da vivência pessoal de cada um em seu processo de luto.

Segundo Flach et al. (2012), o luto e o sofrimento causados pela morte ou pela aproximação dela são tratados como um problema vivido apenas pela pessoa que enfrenta a perda, a dor é transformada em algo inaudível e indizível. Do mesmo modo que o indivíduo não encontra quem o escute e compreenda, o outro não se mostra capaz de escutar para não se envolver e angustiar-se com o sofrimento alheio; o que prevalece, então, é o silêncio, isolando o enlutado em sua angústia e dor. Do ponto de vista psicológico, o luto, quando encarado como uma inadequação social, afasta os indivíduos do pertencimento social, do sentido para sua própria vida, aprofundando-o no sofrimento não compartilhado e desiludindo-o perante o mundo, a vida e a si mesmo (FREIRE, 2006 apud FLACH et al., 2012).

De acordo com Kovács (2005 apud MEDEIROS; LUSTOSA, 2011), negar a morte e torná-la um tabu é uma maneira de não entrar em contato com essas experiências dolorosas, e essa negação permite que se viva em um mundo de fantasias, no qual impera a ilusão da imortalidade. As autoras entendem que, se o medo da morte estivesse constantemente presente, não se conseguiriam construir e realizar projetos nem caminhar em direção aos sonhos. A sociedade ocidental, compreendendo a morte como um tabu, a elege como um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde. Observamos, portanto, uma ausência desse tema no dia a dia do mundo familiar, pois a morte fora transferida para os hospitais. Kovács (2005 apud MEDEIROS; LUSTOSA, 2011) entende essa ambivalência perante o tema da morte (afastamento, embora esteja tão próxima e sendo tão humana) como geradora de distúrbios e conflitos na comunicação, o qual a autora denomina como conspiração de silêncio. Segundo Medeiros e Lustosa (2011, p. 205):

> a morte é agora institucionalizada e medicalizada. Encontram-se nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manterem o organismo do paciente em funcionamento, e profissionais treinados para manipulá-los, porém sem preparo para assistir às reais necessidades do paciente, em iminência de morte, assim como de sua família. A tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer, sendo o doente terminal marginalizado socialmente porque deixou de ter um papel funcional.

Retomando os paradigmas vinculados à saúde que vimos anteriormente, o curar e o cuidar, temos que, no cuidar, há uma aceitação da morte como parte da condição humana, levando-se em consideração a pessoa doente e não somente a doença como alvo das ações em saúde. O processo de morrer traz à tona a questão sobre quais aspectos das vidas dos pacientes são priorizados: a quantidade ou a qualidade de vida. Medeiros e Lustosa (2011) apontam que a "boa morte" deveria estar acompanhada por uma integração entre os princípios religiosos, morais e terapêuticos, oferecendo àquele que está morrendo um cuidado respeitoso com suas crenças e valores.

Romano (2008) entende que o contato com a informação de um diagnóstico de doença em estágio avançado desperta, na família, sentimentos profundos ligados à possível perda, tendo início, então, o processo de luto, que ocorre ainda enquanto o paciente se encontra vivo. A autora observa que, no grupo familiar, esse momento ocorre seguido de movimentos distintos ante a possibilidade de perda, resultando em uma maior aproximação e união ou afastamento defensivo. Flach et al. (2012, p. 86) definem que:

> O luto é a dor emocional ou agonia que se sente quando se perde, por separação ou afastamento, um objeto que lhe dê significado. O enlutamento é definido como um processo psicológico a partir de uma perda e que leva comumente à renúncia do objeto amado. A vivência da perda está relacionada com a importância do vínculo que se tinha com o objeto perdido, embora muitos outros fatores estejam implicados neste processo. Ao estudar sobre o luto, porém, é necessário considerá-lo como uma experiência humana, levando em conta suas raízes nas diversas áreas de conhecimento, e não deter-se apenas no entendimento do psiquismo.

Pesquise mais

Na mitologia grega, Thanatos é a personificação do deus da morte, personagem que aparece em inúmeros mitos e lendas, filho de Nix (a Noite) e Érebo (a Escuridão) e irmão gêmeo de Hipnos (o Sono). A Tanatologia (*thanatos* = morte, *logia* = estudo) é o estudo da morte e do morrer, principalmente em seus aspectos psicológicos, sociais e antropológicos. Trata-se de uma ciência que procura compreender

não apenas o processo do morrer e do luto mas também de como vivemos e atribuímos significados em nossas vidas por meio da compreensão da morte.

Recomendamos, para maiores aprofundamentos, três livros que encaram o tema sobre um viés da psicologia, sendo que os dois primeiros têm caráter de "livro-texto" sobre o assunto, uma bibliografia básica. O livro de Nasio traz um bonito ensaio psicanalítico, no qual o autor trata de maneira indissociável a dor e o amor, entendendo que a dor do luto nada mais é do que uma vivência afetiva: "a dor só existe sobre um fundo de amor".

KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

Bolwlby (1969 apud FLACH et al., 2012), criador da "teoria do apego", na qual elucida a tendência natural do ser humano em estabelecer vínculos afetivos, entende o luto como um aspecto e uma consequência negativos do vínculo, uma resposta à separação, da mesma maneira quando uma figura de apego é perdida ou não está mais presente. O autor explica que o indivíduo deixa de ter uma base segura para se refugiar ao deparar-se com situações de perigo ou angustiantes, causando-lhe, então, insegurança, terror e medo.

Freud (1917 apud SILVA; ULHÔA, 2015) entende o luto como sendo um processo econômico ligado à perda de um objeto investido de energia psíquica pelo sujeito, objeto esse que pode ser uma pessoa amada, um ideal e até mesmo um trabalho que exigiu muito investimento psíquico. O luto diante da morte de uma pessoa querida é caracterizado pelo autor como um sentimento penoso por parte do paciente, o qual perde o interesse pelo mundo externo e pode até se recusar, momentaneamente, a novas formas de investimentos em objetos de amor. Dessa maneira, o pensamento fica voltado exclusivamente para o objeto perdido. Freud entende que a energia psíquica antes investida no objeto retorna ao ego e inibe certas funções psíquicas, como o direcionamento do investimento libidinal para objetos e atividades e a motilidade. Esse quadro persiste até que o ego seja capaz de rearranjar e retirar a energia psíquica do

objeto perdido para novos investimentos. Na descrição freudiana do luto, temos que (FREUD, 1917 apud SILVIA; ULHÔA, 2015, p. 506):

> **Cada uma das lembranças e situações de expectativa que demonstram a ligação da libido ao objeto perdido se defrontam com o veredicto da realidade segundo o qual o objeto não mais existe; e o ego, confrontado, por assim dizer, com a questão de saber se partilhará desse destino, é persuadido, pela soma das satisfações narcisistas que deriva de estar vivo, a romper sua ligação com o objeto abolido.**

A angústia da castração, para a psicanálise, é entendida como relativa aos limites impostos pelo mundo real. Ela permanece estreitamente relacionada a situações de doença e hospitalização. Segundo Gonçalves (2001), no caso de pacientes terminais, a morte iminente traz conteúdos relativos à angústia de castração, sendo esta decorrente do medo de ser separado ou privado de algo extremamente valioso ao indivíduo. A experiência de castração está presente diariamente e ao longo de nossas vidas, desde a perda do seio no desmame até a experiência da morte, esta como sendo a "castração por excelência", irreversível e incapaz de ser compensada por substitutos.

No seu livro *Luto e Melancolia* (FREUD, 1917 apud GONÇALVES, 2011), Freud aborda a questão do luto, diferenciando-o da melancolia, que seria um luto patológico. Para o autor, o luto é uma reação natural, sadia e esperada frente à perda de um objeto amado; qualquer tentativa de interromper, ignorar ou impedir a manifestação do luto é inútil e até mesmo prejudicial ao sujeito; esse processo de desligamento é gradual e demanda um tempo que deve ser respeitado. A psicanálise entende que o luto e o sofrimento existem justamente pela importância afetiva da relação; esse sofrer está relacionado ao amar e deve ser vivido pelo sujeito, não apenas "esquecido".

Porém, a melancolia está relacionada a uma perda da autoestima e a uma incapacidade do sujeito de religar aquela energia psíquica investida no objeto perdido em novos objetos. O melancólico confunde o objeto perdido com seu próprio eu, o sujeito sabe que perdeu alguém, mas não consegue definir "o que" perdeu desse alguém, trata-se de um quadro autodestrutivo e autopunitivo, geralmente entendido como uma depressão devido à insônia e à perda do apetite que o acompanham.

Flach et al. (2012, p. 88) trazem que, no ambiente hospitalar, onde os profissionais se aproximam diretamente dessas questões:

> é imprescindível diferenciar o luto, processo natural e constituinte de nossas vidas, de um processo patológico. O luto que se define como saudável, é a aceitação da mudança do mundo externo quando há a perda definitiva de outra pessoa e consequentemente a mudança do mundo interno e representacional, com a reorganização dos vínculos que permaneceram. Existem muitas variáveis que devem ser consideradas, mas, de maneira geral, se ocorrer a exacerbação dos processos do luto com uma longa duração, juntamente a características de obsessividade, configura-se um processo de luto complicado. Processos defensivos são esperados no luto e se tornam patológicos quando permanecem, passando, então, a integrar a vida do indivíduo.

Medeiros e Lustosa (2011) afirmam que, diante da proximidade concreta da morte, familiares e os próprios pacientes geralmente vivenciam as fases do luto, teorizadas por Elizabeth Kübler-Ross.

Uma obra de grande impacto e amplamente discutida na história da tanatologia é o livro de Kübler-Ross, *Sobre a morte e o morrer*, de 1987. A autora discorre sobre o cuidado a pacientes gravemente enfermos, destacando, no livro, a importância da escuta de suas necessidades à compreensão de seu sofrimento. Essa obra é mais conhecida pela descrição dos estágios do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), teorizados pela autora como vividos pelos pacientes que recebem diagnósticos de doenças graves. Kóvacs (2008) explica que a autora temia que profissionais de saúde se fixassem em uma sequência de estágios, buscando um padrão ou molde para o sofrimento das pessoas. O fundamental em sua obra reside na proposta de comunicação e compreensão que a autora apresenta diante de uma situação clínica, infelizmente, foi dada mais importância aos estágios propostos do que à sua experiência clínica. Deve-se tomar cuidado para não abordar a questão dos estágios de maneira reducionista, o ideal é tomá-los como um modelo de compreensão e não buscar enquadrar a vivência subjetiva dos pacientes – algo muito mais complexo e profundo – em um estágio ou outro.

A fase da **negação** é caracterizada por um afastamento da gravidade do diagnóstico: os pacientes (ou familiares) não acreditam, pensam na possibilidade de um erro no diagnóstico ou troca de resultados de exames. O primeiro contato com a doença, em geral, mobiliza reações de negação ou acompanhadas posteriormente pelo choque inicial. Na fase da **raiva**, são esperados sentimentos com forte carga de ambivalência afetiva, a raiva é desferida contra a equipe que não cuida adequadamente, contra a vontade divina, pacientes e familiares podem se tornar hostis e agressivos uns com os outros e com a equipe, é colocada em cheque a própria capacidade técnica da equipe, busca-se culpabilizar alguém. Na fase da **barganha**, é comum a busca por métodos mágicos de cura, apelos dramáticos, pactos e promessas com Deus ou entidades. Buscam-se acordos reais ou imaginários com figuras que representam, no sistema de crenças e valores de cada um, um ideal de onipotência e supremacia, que pode intervir na situação, essas figuras podem estar encarnadas em profissionais da equipe ou com apelo religioso-espiritual. Após um processo de elaboração psíquica, que aproxima o sujeito da verdade inexorável, ou a percepção de que o quadro clínico não apresenta melhoras, pode-se instaurar a fase da **depressão**, na qual a angústia e a introspecção aumentam junto à piora do quadro clínico. Nessa fase, caracterizada pela dor psíquica, é comum a manifestação de sentimento de culpa, insegurança, tristeza e pesar. A fase da **aceitação** pode ser observada pela equipe como um estágio de quietude e isolamento, é relatada uma necessidade de descanso, e a vontade de lutar diminui gradualmente. A aceitação não significa perder a esperança, mas não mais temer ou se angustiar imensamente ao entrar em contato com a possibilidade de morte, necessária para elaborar a perda e a separação que estão por vir.

A separação "didática", por assim dizer, pode ser útil no sentido de compreender os sofrimentos possíveis pelos quais passam os pacientes, familiares e a equipe de saúde ao se depararem com o tema da morte, com respaldo na literatura da área. Entretanto, sabemos que as fases devem ser flexibilizadas em sua maneira de compreensão. Flach et al. (2012, p. 88) apontam a importância de se:

> **observar a pessoa como um todo (...) e sistemicamente. É preciso que o sujeito seja encorajado a enfrentar o luto e a trabalhar a perda de forma ativa, procurando o auxílio profissional quando não conseguir sozinho**

Um questionamento colocado pelos autores com o objetivo de reflexão se traduz em: as pessoas enlutadas passam por todas as fases descritas por Küber-Ross? Da maneira e sequencialmente como são descritas?

Os estágios observados nos pacientes e familiares perante a morte fazem referência aos modelos de enfrentamento para tais conteúdos, defesas psíquicas utilizadas para regular as emoções diante da angústia ou conteúdos intoleráveis. Associados a essa compreensão, temos os estudos sobre *coping*, que têm por base a teoria de estresse de Lazarus e Folkman. O *coping* é um conceito que pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos sujeitos com o objetivo de lidar emocionalmente com demandas internas e externas, utilizados em situações percebidas pelo sujeito como estressantes, e que sobrecarregam ou excedem seus limites e recursos psíquicos pessoais (GOBATTO; ARAUJO, 2010). Observa-se que o *coping* funciona como um mediador para amenizar a situação estressante, ainda que seja uma resposta do próprio indivíduo. Exemplos dessas estratégias de enfrentamentos apontadas pela literatura são: aspectos fisiológicos, como prática de exercícios físicos, nutrição e saúde; formas de relaxamento; recorrer a sistemas de apoio, como suporte da família, de amigos, sessões de psicoterapia; trabalho voluntário, recreação e hobbies.

Exemplificando

Um dos principais tipos de modelos de enfrentamento, o *coping* religiosos-espiritual é identificado pela literatura como um recurso de enfrentamento amplamente utilizado pelos pacientes e familiares ao se lidar com o adoecimento ou a morte. Gobatto e Araujo (2010) o definem como o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises que ocorrem ao longo da vida, parte de uma tentativa de entendimento de dar sentido para a situação vivida.

Panzini e Bandeira (2007) apresentam uma revisão sobre o assunto e concluem a relação positiva entre o *coping* religioso-espiritual, qualidade de vida e saúde (tanto física quanto emocional).

Esse recurso de enfrentamento está relacionado à busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus (ou o sagrado) e com outros membros da sociedade; apontado nos artigos científicos da área como eficaz no controle da ansiedade e com maior prevalência e uso entre os pacientes hospitalizados ou diante de situações de envelhecimento e morte (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Felix et al. (2013) levantam uma discussão importante sobre a morte na cultura contemporânea, cultura essa que valoriza a sobrevida por meio de técnicas científicas a qualquer custo. O conceito de morte digna ou "boa morte" nem sempre é o mesmo para os pacientes, cuidadores, familiares e profissionais da área da saúde. O que realmente deve ser feito por um paciente é um dilema ético de difícil decisão, mas que deve ser pensado e questionado diariamente pelos profissionais da área que estão diante de temas, como abreviação da vida e da morte, esforços terapêuticos "heroicos" ou desproporcionais ou a instituição de cuidados paliativos, para minimizar o sofrimento (esse será um tema de estudos da próxima seção). Com destaque nessa discussão, temos a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia.

A distanásia é a prática pela qual se prolonga, por meios artificiais, a vida de um doente sem possibilidades de cura. É equiparada a um tratamento inútil ou fútil, sem benefícios concretos para a pessoa em fase terminal. É um processo pelo qual apenas se prolonga o processo de morrer, tendo como consequência uma morte lenta, prolongada e, geralmente, acompanhada de sofrimento e dor. Biondo, Silva e Secco (2009) entendem a distanásia como a ciência sendo utilizada como um fim em si mesma e uma desconsideração pelos processos de saúde-doença e terminalidade do paciente. Apesar de ser um termo pouco conhecido, é muito praticado no campo da saúde, preocupando-se somente com a vida biológica do paciente, e não com a qualidade de vida e sua dignidade.

A eutanásia é conceituada como ações que têm por finalidade retirar a vida de um ser humano por razões tidas como humanísticas do ponto de vista pessoal do profissional, do paciente ou da sociedade. A prática é ilegal no Brasil, encarada pelo Código de Ética Médico

brasileiro de 1988 como um "suicídio assistido" (FELIX et al., 2013); o Código de Ética da enfermagem traz claramente, em seu artigo nº 29, sobre as proibições profissionais: "promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente" (BIONDO; SILVA; SECCO, 2009).

Ortotanásia é a prática que prioriza o morrer "bem, humana e corretamente" (BIONDO; SILVA; SECCO, 2009), sem abreviar a vida, nem a prolongar artificialmente. Tem como objetivo o resgate da dignidade do paciente em seu processo final, em que existe um compromisso fundamental com o bem-estar da pessoa em fase terminal. Os cuidados paliativos, tema da próxima seção de estudos, representam uma modalidade de assistência que prioriza a ortotanásia quando técnicas curativas já não podem mais ser empregadas e o objetivo do tratamento se torna o controle da dor e outros sintomas, sem fazer uso de técnicas invasivas ou que possam gerar ainda mais sofrimento para o paciente, como ressuscitação cardíaca repetida e exaustivamente quando o paciente já não mais apresenta condições clínicas de melhora.

O direito de morrer dignamente diz respeito à morte natural, com humanização, sem que haja prolongamento desnecessário da vida ou sofrimento acrescentado ao processo. A equipe de cuidados hospitalares, tendo isso em mente, favorece que o processo de morte seja o mais tranquilo possível para os pacientes e familiares, auxiliando também que o processo de luto ocorra naturalmente, com dor emocional – como é esperado –, mas sem acrescentar dificuldades.

Sem medo de errar

O caso que os psicólogos Fernando e Cassandra discutem se mostra como paradigmático para entender a questão do luto entre as filhas da paciente Janete. Por meio do comportamento das filhas, podem-se observar duas reações aparentemente díspares em relação ao processo de morrer da paciente, ambas com reações emocionais reativas à notícia da morte esperada da mãe.

É curioso notar que, embora as duas filhas estejam sofrendo com a situação, o comportamento da filha que "atrapalha a dinâmica da unidade" com seu choro fácil e descontrole emocional é o que mais incomoda a equipe e torna-se objeto de discussão e pedidos de intervenção psicológica, dinâmica essa muito frequente no ambiente hospitalar.

A filha que está em aparente negação da terminalidade da mãe, fazendo planos para o futuro com ela, apenas se torna uma questão para a equipe quando ela "parece não compreender o diagnóstico e prognóstico", questionando-o inúmeras vezes. É importante apresentar para a equipe essa compreensão, esclarecendo que se trata de uma reação defensiva frente à angustiante notícia. O trato com essa filha deve ser respeitoso e baseado na honestidade quanto ao quadro clínico da mãe, mesmo que seja necessário repetir as informações a cada visita. Em atendimento psicológico, sua compreensão da realidade deve ser investigada e, paulatinamente, deve se aproximar da dor e da angústia que a notícia lhe causa.

A outra filha, tida como principal motivo de solicitação para o atendimento psicológico, também deve ser atendida em suas necessidades, além de ser preciso reassegurar para a equipe seu lugar de acompanhante e familiar, necessário e bem visto nesse momento ao lado da mãe. Ainda que cause indignação ou desconforto no ambiente de UTI, ela deve ser acolhida e ouvida em atendimento psicológico, as reações exageradas podem ser ponderadas com ela, talvez a encaminhando para uma sala reservada ou longe de outros familiares e pacientes, mas não encarada como algo a ser reprimido pela equipe. Em atendimento psicológico, pode-se explorar o significado dessa perda, o histórico de sua relação com a mãe e familiares, dando um fim apropriado e humanizado ao seu sofrimento: a escuta e o acolhimento.

Avançando na prática

A discussão de caso

Descrição da situação-problema

Em uma situação fictícia, tem-se um paciente com um grave tumor intracraniano hospitalizado em uma UTI. O paciente em questão é um morador de rua de 51 anos, e a equipe não teve sucesso em contatar familiares ou pessoas próximas. Ele encontra-se confuso e com faculdades de memória prejudicadas, e a equipe entende isso como decorrente do câncer, e não como algo anterior ao adoecimento. O prognóstico do paciente é limitado, seu câncer não tem possibilidade de tratamento com objetivo de remissão. A equipe entende que, devido ao estágio avançado, as células cancerosas se espalham pelo sangue para órgãos distantes.

Em uma reunião multiprofissional na UTI, a equipe discute os planos terapêuticos para o paciente: ele já está sendo alimentado por sonda e parece ter raros momentos de lucidez para compreender sua situação clínica. Um profissional, tocado pela situação, questiona a necessidade de continuarem o tratamento, inclusive a alimentação pela sonda e os medicamentos que estão sendo prescritos; outro profissional defende que seja realizado uma cirurgia para tentativa de retirada do tumor, ainda que grande e em estágio avançado; um terceiro profissional sugere que se continuem sendo realizados os tratamentos atuais, principalmente a aplicação de medicamento analgésico para minimizar o desconforto do paciente.

Como você compreende o conflito vivenciado pela equipe diante da discussão desse caso? Com base no que já foi estudado, explique, com as definições apropriadas, as diferentes posturas e opiniões dos profissionais envolvidos. Defenda a postura terapêutica que você julgaria mais adequada nesse caso.

Resolução da situação-problema

Provavelmente tocados pela situação de grave desamparo e condição clínica do paciente em questão, a equipe encontra-se em um impasse de ordem moral. Ainda que sejam conhecidas por todos a gravidade do caso e as possibilidades restritas de tratamento, questões de ordem emocional perante a morte do paciente e limites profissionais parecem estar envolvidos.

O primeiro profissional relatado apresenta uma possibilidade de cessar o tratamento, o que é considerado ilegal e grave falta ética: a eutanásia. O segundo profissional, que aventa a possibilidade de cirurgia, aparentemente oferece um tratamento dispendioso e inútil para o caso (de acordo com as informações apresentadas, sem aprofundamentos de ordem médica), sendo caracterizado uma possível distanásia, sem reais benefícios para o paciente.

A terceira possibilidade apresentada, mais relacionada à ortotanásia, consiste em oferecer-lhe recursos básicos para se manter vivo, mas sem interferir no curso natural de sua doença que o levaria à morte, privilegiando seu bem-estar físico e emocional e protegendo-o de manipulações ou dores desnecessárias.

Faça valer a pena

1. Descrito por Freud, trata-se de um quadro com perda de autoestima, no qual o sujeito se identifica com o objeto perdido e sofre uma incapacidade de se religar afetivamente a novos objetos de amor, seus sintomas confundem-se com uma depressão grave.
O conceito descrito acima está relacionado a(o):
a) Luto.
b) Melancolia (ou luto patológico).
c) Negação.
d) Luto antecipado.
e) Terminalidade.

2. A perda de um ente querido impacta a família em respostas individuais que podem ser mais ou menos elaboradas, “funcionais ou disfuncionais”, ruidosas ou silenciosas, mas que têm consequências emocionais para os membros da família.
Sobre o trabalho em psicologia hospitalar com os familiares enlutados é possível afirmar:
a) O luto deve ser encarado como um obstáculo ao tratamento psicológico, devendo ser desencorajado em sua manifestação.
b) O luto é um processo patológico, devendo ser tratado com psicoterapia de seguimento e medicação psiquiátrica, caso necessário.
c) O sofrimento decorrente do luto deve ser encaminhado para tratamento em recursos da comunidade, visto que a responsabilidade do hospital é para com o paciente, exclusivamente.
d) Não é indicado tratar questões referentes ao luto no ambiente hospitalar devido à proximidade e à associação do ambiente com o local em que o familiar faleceu, interferindo negativamente no tratamento.
e) O luto é um processo psicológico natural diante da perda de um objeto de importância, podendo ser alvo de intervenção do psicólogo hospitalar.

3. Kübler-Ross propõe um modelo de compreensão com a descrição de cinco estágios pelos quais as pessoas passam diante da terminalidade. Esse modelo descreve atitudes e reações emocionais suscitadas não exclusivamente no caso de doenças terminais, mas em processo de perda e luto como um todo.
Sobre o modelo de Kübler-Ross, é correto afirmar:
a) A autora defende que os pacientes terminais experenciam as fases do luto sempre na seguinte ordem: negação, raiva, negociação (ou barganha), depressão e aceitação.

b) A depressão é uma fase caracterizada pelo distanciamento emocional da realidade concreta, sendo que o sujeito permanece indiferente à perda vivida.
c) O modelo é útil para compreender também reações da equipe de saúde e de familiares enlutados.
d) As fases do luto são observadas em pacientes ou familiares que não tiveram possibilidade de atendimento psicológico anterior, como nos casos de adoecimento agudo grave.
e) Segundo o modelo de Küber-Ross, cada fase descrita tem duração exata de uma semana.

Seção 4.2

Cuidados paliativos e outros serviços

Diálogo aberto

Cassandra segue acompanhando os familiares da paciente Janete e é convocada a participar de uma nova abordagem desse caso após a confirmação da equipe da UTI de que Janete poderia entrar em cuidados paliativos. A equipe acredita que submeter a paciente a procedimentos invasivos, como ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou uma intubação orotraqueal (IOT), ainda que possam trazer um prolongamento da vida, seria acompanhado de um sofrimento desnecessário diante do quadro clínico não promissor de Janete.

Cassandra lembra que iniciou os atendimentos daqueles familiares sob solicitação da equipe da UTI e questiona o motivo de nunca ter atendido a própria paciente após esse tempo todo de internação. Apesar da dificuldade para respirar, o que acarreta uma dificuldade de fala, e da confusão mental e perda de memória característicos do Alzheimer, Cassandra acredita que, ainda assim, seria possível um trabalho que envolvesse a própria paciente. Após a confirmação por parte da equipe dos critérios clínicos para incluir Janete em cuidados paliativos, Cassandra é convocada a participar da reunião com as filhas para explicar e contextualizar essa nova abordagem, a fim de que elas a aceitem ou não. Essa se mostra uma tarefa delicada e que exige planejamento e apropriação pela equipe de cuidados para expor toda a situação com franqueza e delicadeza. Retomando a situação emocional da própria paciente, Cassandra também planeja atendê-la logo após essa reunião com a família, afinal, acredita que, mesmo com suas limitações, Janete também pode ser envolvida no seu processo de terminalidade, mas se sente insegura perante sua decisão e resolve consultar seus colegas de equipe e as próprias familiares da paciente sobre esse ponto.

Como você proporia à equipe uma abordagem sobre os cuidados paliativos nessa reunião com os familiares? Ajude também Cassandra a pensar nas questões éticas e subjetivas perante o conhecimento e envolvimento da própria paciente em seu processo de morte e as escolhas a serem feitas em relação ao seu tratamento.

Não pode faltar

Esta seção de estudos pretende abordar três temas distintos, mas todos bastante importantes para a prática do psicólogo hospitalar. Primeiramente, em continuidade ao que foi estudado na seção anterior sobre a morte e o morrer, estudaremos os **cuidados paliativos**, uma proposta de tratamento atual e em consonância com os princípios humanitários de assistência à saúde. Além desse tema, também vamos aprender sobre os princípios gerais da **psicoterapia breve**, uma modalidade de psicoterapia amplamente utilizada no contexto hospitalar. E, em terceiro lugar, faremos discussões acerca das relações entre a **psicologia hospitalar e a psiquiatria** e medicamentos.

Cuidados paliativos

Na seção de estudos anterior, vimos alguns conceitos técnicos relativos à morte e ao morrer. Deparamo-nos com as representações contemporâneas daquilo que comumente é chamado de "boa" morte e "má" morte. "Boa ou má" para quem?

A ideia generalizada em nossa cultura sobre a morte é aquela na qual as pessoas envolvidas e a medicina têm algum controle sobre os acontecimentos que a rodeiam ou a antecedem. O adjetivo "boa" relativo à morte pode ter conotação sagrada (a entrada no reino dos céus, um consolo por uma condição melhor pós-vida); ou pode estar relacionado à medicalização (aliviada a dor e ter feito tudo que era possível); ou então a "boa" morte natural (inesperada, sem medo, "sem sentir") (FRANCO, 2016). São inúmeras as representações de o que seria uma "boa" morte, marcadas e influenciadas pela herança cultural, pelo modelo biomédico, filosófico e cultura de saúde e pelas condições psicológicas dos sujeitos envolvidos.

Sobretudo, sabemos que profissionais da saúde, pacientes e cuidadores podem não ter a mesma opinião em torno do assunto, sendo esse ponto a origem de muitos desentendimentos e sofrimento.

Retomamos, então, ao questionamento: "boa" morte ou "má" morte para quem?

A legislação brasileira estabelece, na Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, os critérios para que qualquer pessoa – maior de idade, consciente e lúcida por seus atos – possa definir junto à equipe médica os limites de procedimentos terapêuticos realizados na fase terminal (FRANCO, 2016). Essa declaração, conhecida como "testamento vital", tem como objetivo garantir uma "morte digna" baseada nos desejos e anseios de qualidade de vida individual, evitando tratamentos desnecessários para o prolongamento da vida artificialmente ou com benefícios mínimos.

A eutanásia, conceito introduzido na seção de estudos anterior, também conhecida como "suicídio assistido", caracteriza-se como um pedido de morte por parte do doente terminal que não se percebe capaz de enfrentar a situação. Segundo Franco (2016), esse pedido é relacionado a fatores emocionais, como depressão, pouco suporte social e medo de se tornar um "peso" para os outros e pouco relacionado com fatores, como dor, sintomas físicos, estágio da doença e pensamentos suicidas. Esses "pedidos de morte" estão mais relacionados ao "como morrer" e aparecem na tentativa de evitar uma existência fútil. A autora traz que esse desejo de morrer mostra-se bem menos frequente nos pacientes em cuidados paliativos, que os mantêm com sintomas controlados e apoio emocional, social e espiritual.

Ao abordar essas questões sobre a morte, chegamos ao primeiro tema de estudos desta seção: a prática de cuidados paliativos, orientada pela maneira de morrer com qualidade de vida e de morte.

Gomes e Othero (2016) contextualizam que os cuidados paliativos surgem como uma prática distinta da medicina e da enfermagem na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders. Na década de 1970, esse movimento é trazido para a América por Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra conhecida por sua obra *Sobre a morte e o morrer*. A partir de então, o movimento é disseminado, passando a integrar os cuidados de pacientes fora de possibilidades de cura.

Assimile

Inicialmente voltado para o tratamento de pacientes terminais com diagnóstico de câncer, o conceito de cuidado paliativo é reestruturado e ampliado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para incluir a assistência a outras doenças, como AIDS, doenças degenerativas, cardíacas e renais. Em 2002, um novo documento oficial da OMS prevê a inclusão de cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento de todas as doenças crônicas fora de possibilidades de cura e em programas de atenção aos idosos. O conceito atual pode ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis pelo serviço de saúde e perfil epidemiológico do grupo atendido (GOMES; OTHERO, 2016):

> Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2007, p. 3)

A OMS enfatiza que o tratamento ativo a alguma doença e o tratamento paliativo não são excludentes. Franco (2016, p. 324) afirma que os cuidados paliativos:

> Reafirmam a vida e consideram a morte um processo natural. Não pretendem antecipar nem postergar a morte. Integram aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente. Oferecem um sistema de suporte para ajudar o paciente a viver o mais ativamente possível até sua morte. Oferecem um sistema de suporte para ajudar a família a sentir-se amparada. Utilizam uma abordagem multiprofissional para satisfazer as necessidades dos pacientes e das suas famílias, incluindo assistência no período do luto, se necessário. Melhoram a qualidade de vida, o que pode influenciar positivamente no curso da doença.

Ainda segundo a autora, as principais áreas focalizadas pelos cuidados paliativos no período final da vida são (FRANCO, 2016, p. 326):

> **distúrbios psiquiátricos, controle de sintomas, intervenções psicoterapêuticas, questões familiares, cuidados com os cuidadores, questões de comunicação, luto, estresse do profissional, ética, espiritualidade, questões existenciais.**

Em 2016, foi realizado, na cidade de São Paulo, o I Fórum de Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos. Nele, estabeleceu-se o compromisso de elaborar, para 2018, o Atlas Brasileiro de Cuidados Paliativos. Além desse objetivo, o fórum definiu tópicos que compõem a linha mestra de qualquer assistência voltada para os cuidados paliativos, ou seja, qualquer assistência em saúde, a citar: controle impecável de dor e outros sintomas; conforto; prevenção de agravos e incapacidades; promoção da independência e autonomia; manutenção de atividades e pessoas significativas para o doente; ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade; ativação de redes sociais e de suporte; apoio e orientação à família e aos cuidadores (GOMES; OTHERO, 2016).

Por se partir do objetivo de um tratamento que efetue alívio sobre os sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, os cuidados paliativos requerem uma abordagem em equipe, mudando o foco da equipe do curar para o cuidar (PORTO; LUSTOSA, 2010). Tão ou mais importante do que compreender os fenômenos biológicos, os cuidados paliativos pressupõem, por parte da equipe, uma atenção aos pensamentos, ideias, sentimentos e reações das pessoas envolvidas ao processo de morrer.

A contribuição da psicologia hospitalar como campo de saber que se debruça para entender o sentido e os significados vividos pelas pessoas nos processos saúde-doença aparece de maneira muito evidente nos cuidados paliativos. Porto e Lustosa (2010) destacam que a psicologia em cuidados paliativos não deve se limitar ao paciente ou à família, mas, sim, entender ambos como partes de uma unidade de cuidados, ainda que devam ser observados cada qual em sua especificidade.

Além dessa unidade de cuidados – família e paciente – a psicologia hospitalar também deve atuar junto e para a equipe multiprofissional, mantendo a integridade de suas relações e ajudando em vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento entre os diferentes profissionais. O profissional psicólogo coloca-se como um elo de ligação entre profissional e a unidade de cuidados (paciente e família), fazendo o que Franco (2008 apud PORTO; LUSTOSA, 2010) chama de "tradução entre as duas culturas", a técnico-médica e a subjetiva dos pacientes e familiares perante a morte.

A proximidade da morte acarreta, nas pessoas em geral, segundo Esslinger (2004 apud PORTO; LUSTOSA, 2010), uma necessidade de alguém que possa estar junto a elas nessa dor, criando um espaço seguro e imparcial para que suas dúvidas, angústias, anseios e até fantasias e esperanças possam ser ouvidas e valorizadas. Essa possibilidade se torna muito valiosa em cuidados paliativos ao ser apoiada para, então, dar um significado para a experiência da morte ou até mesmo ressignificar a própria vida.

Psicoterapia breve

Na busca de tratamentos psicológicos de curta duração, que promovem alívio aos sofrimentos psíquicos e viabilizam um tratamento a ser realizado no contexto hospitalar, a psicoterapia breve é uma técnica de trabalho amplamente utilizada em hospitais. As psicoterapias breves são caracterizadas por terem objetivos limitados e metas bem estabelecidas, ainda que mais modestas que as psicoterapias convencionais (ALMEIDA, 2010). Os objetivos de uma psicoterapia breve são colocados em relação aos sintomas e problemas atuais e pontuais da realidade do paciente, sendo esse o ponto que converge com seu uso no ambiente hospitalar, ao se propor, como tratamento, consequências específicas do adoecimento ou hospitalização.

O foco em psicoterapia breve aparece como um conceito importante e orientador de toda a teoria e eficácia do tratamento, sendo também chamada de psicoterapia focal. O foco do tratamento é delimitado logo no seu começo, referindo-se ao conflito ou à situação atual trazida pelo paciente como uma queixa. Toda atenção em psicoterapia deve ter esse foco como guia orientador, sendo que pode ser realizada uma "omissão deliberada" ou seletiva de conteúdos que se mostrem irrelevantes ou afastados do foco (FIORINI, 2004 apud ALMEIDA, 2010).

Essa proposição pode parecer estranha se pensarmos que é praticamente impossível que uma pessoa tenha apenas um conflito específico. Sabemos que, ao ouvir um paciente hospitalizado, por exemplo, trabalharemos com conteúdos relativos ao seu casamento, histórico de vida, relações familiares, entre outros. Entretanto, a proposta em psicoterapia breve é justamente detectar quais são as situações, os conteúdos emocionais e os conflitos mais significativos naquele determinado momento, aquilo que leva ao pedido de ajuda psicológica e que pode ser trabalhado naquele recorte de tempo.

A temporalidade, ou recorte de tempo, é outro fator a ser utilizado tecnicamente em psicoterapia breve; é comum que se fixe um prazo para o tratamento logo no seu começo, nos primeiros contatos com o paciente ao se estabelecer o contrato de trabalho. Postula-se que "quando se fixa um prazo de encerramento, este cria invariavelmente uma situação bastante diferente (...) influenciado de modo decisivo os diferentes aspectos do vínculo terapêutico, em especial a finalização do tratamento" (BRAIER, 1991 apud ALMEIDA, 2010, p. 98). Hegemberg (2004, p. 58) salienta que "para a psicoterapia breve é fundamental a possibilidade de o cliente continuar o processo de análise sem a presença física de seu analista", processo esse favorecido pela delimitação do tempo e útil ao se pensar os pacientes com alta hospitalar e possibilidades de tempo restritas para o tratamento.

Os princípios de foco e temporalidade norteiam todas as modalidades de psicoterapia breve, existem outros princípios e técnicas que variam de acordo com a fundamentação teórica de cada abordagem, como a avaliação inicial dos aspectos resistenciais do paciente na técnica proposta por Knobel, a importância que Fiorini e Braier dão para uma primeira entrevista e a relação contratual inicial com o paciente e a proposta de Gilliéron de que o paciente é quem deve indicar o tempo que ele se atribui para resolver suas dificuldades (ALMEIDA, 2010).

Pesquise mais

A psicoterapia breve não se trata de um único conjunto de técnicas ou modalidades de tratamento. Ainda que a questão do foco e da temporalidade sejam unânimes entre os diversos autores, são distintas suas maneiras de aplicação e entendimento.

A terapêutica breve proposta por Fiorini (2004) trata-se fundamentalmente da compreensão da dinâmica psíquica em situações de doença, crise ou descompensação; além de uma investigação acerca da estrutura de personalidade do paciente.

Outros autores, como Hegenberg (2004), fazem uso da teoria psicanalítica, adaptando-a para um tratamento focal em certos conflitos momentâneos.

O artigo de Almeida (2010) traz uma revisão didática acerca das principais diferenças e semelhanças entre as psicoterapias breves mais utilizadas no contexto hospitalar.

Citamos, aqui, textos clássicos e importantes para aprofundar a compreensão nesse método, salientando que, para sua prática, é necessário um estudo pormenorizado que leve em consideração a abordagem de compreensão psicológica com a qual o terapeuta trabalha.

ALMEIDA, R. A. de. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2017.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnicas de psicoterapias**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GILLIÉRON, E. **As psicoterapias breves**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia breve**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

O propósito da psicologia hospitalar de auxiliar o paciente na elaboração de sua doença e não lutar contra ela, trabalhar seus mecanismos de defesa diante da hospitalização e comportamentos diante disso, como revolta e conformismo, segundo Almeida (2010), encaixa-se na prática da psicoterapia breve, com foco delimitado e objetivos definidos. Segundo a autora, a psicoterapia breve é mais adequada para a prática do ambulatório clínico hospitalar, enquanto que, nas enfermarias e UTIs, esse processo pode sofrer rupturas ou dificuldades diante das características do ambiente, como as eventualidades do quadro clínico e no *setting,* que impedem um planejamento de objetivos e tempo.

Exemplificando

A alta (psicológica) ou o fim do tratamento é um tema de discussão interessante na área. Quando podemos dar como concluído um trabalho de psicoterapia ou um trabalho em psicologia hospitalar?

Certamente, não esperamos uma "cura da doença" nem tampouco um estado utópico ou ideal de "perfeição psicológica". Simonetti (2004) defende que o que determina o fim do tratamento psicológico é a cessação da demanda, quando aquele motivo inicial que impulsionou o tratamento (geralmente, uma dificuldade de manejo do paciente ou questões sobre a forma de se lidar com a doença) dissolve-se, esvazia se ou é atribuído de uma maneira menos conflituosa pelo paciente.

Cabe enfatizarmos que o trabalho em psicologia hospitalar não tem como objetivo levar o paciente a uma psicoterapia breve ou prolongada após sua saída do hospital, ainda que isso comumente aconteça!

A título de exemplos, e não como critérios fixos, Hegenberg (2004, p. 174) aponta alguns sinalizadores para alta em psicoterapia breve:

> **Melhora dos sintomas, maior autonomia, ampliação da visão de mundo, maior tolerância às frustrações, fortalecimento do ego, maior flexibilidade das defesas, mais criatividade, mais espontaneidade e autenticidade, (...) melhor capacidade para lidar com separações e vínculos, (...) superação do momento de crise.**

A psiquiatria nos hospitais gerais

A instalação de leitos ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais é um fenômeno recente, posterior à reforma psiquiátrica, que prega o fim das instituições manicomiais clássicas, oferecendo novas modalidades de tratamento para os pacientes psiquiátricos.

Botega (2012) aponta dois principais problemas da admissão de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais: o manejo difícil (por exemplo, a agitação de alguns pacientes psicóticos que profissionais da equipe podem não estar habilitados para trabalhar) e a atitude e o estigma que outros pacientes e familiares podem ter em relação à doença mental. Sendo esses focos de trabalho da psicologia hospitalar também, no intuito de resgatar a subjetividade por meio do vínculo com esses pacientes e diálogo aberto com a equipe e outros

pacientes/familiares. Essas internações costumam ser pontuais e procuram dar conta de demandas locais emergentes, as quais não são trabalhadas em CAPS ou outras instituições por dificuldades no funcionamento da rede de saúde mental, como pacientes dependentes de álcool que requerem internação por curto período de tempo (BOTEGA, 2012).

As internações psiquiátricas em hospitais gerais podem apresentar algumas vantagens, como diminuição do estigma social em torno da doença mental, pois o paciente em questão passa a ser visto como um doente semelhante aos outros; melhor visibilidade e transparência das ações em saúde mental, bem como fiscalização contra possíveis abusos e maus-tratos aos pacientes; melhor atenção à saúde física e intercorrências somáticas, as quais podem ter caráter de segundo plano em instituições exclusivas de saúde mental; trabalho com maior intercâmbio interdisciplinar e que favorece a interconsulta com outras áreas, como a psicologia.

Temos também esse intercâmbio sobre outro ponto de vista, no trabalho com pacientes não psiquiátricos, mas que necessitam de avaliação ou tratamento psiquiátrico ao longo da hospitalização, muitas vezes justamente por consequência dela. Essa necessidade pode ser identificada pela equipe de cuidados "estendida", incluindo o próprio psicólogo hospitalar. Nesses casos, é recomendada a busca por uma interconsulta psiquiátrica, visto que é raro os serviços ou equipes hospitalares contarem com a presença de um psiquiatra cotidianamente. Segundo Botega (2012), nesses casos, o profissional da saúde mental passa a ser um membro efetivo da equipe de cuidados para aquele paciente, participando de reuniões clínicas, discussão e plano terapêutico para aquele caso.

Sem medo de errar

Tendo a equipe de cuidados da UTI delimitado os critérios clínicos de inclusão da paciente Janete para cuidados paliativos, faz-se necessária, agora, uma cautelosa e franca explicação para a paciente e seus familiares acerca da proposta de tratamento. Como já está agendada uma reunião com seus familiares para tratar do assunto, ela pode ser o ponto de partida para planejar as ações da equipe. É recomendada a participação de todos os profissionais da equipe envolvidos no tratamento, principalmente a equipe médica

e Cassandra, a psicóloga hospitalar, que já tem contato com esses familiares e conhece suas dinâmicas psíquicas e reações emocionais frente ao adoecimento de Janete.

Partindo de uma explicação em linguagem clara e compreensiva sobre o quadro clínico da paciente e as possibilidades restritas de tratamento, a equipe deve explicar com clareza as razões dessa reunião, bem como explicar o foco em promover qualidade de vida à paciente nesse momento, em detrimento à realização de procedimentos invasivos e dolorosos que trariam pouco ou nenhum benefício. Cassandra, como psicóloga hospitalar, pode auxiliar nesse processo também conversando e explicando as propostas dos cuidados paliativos, mas principalmente oferecendo aos familiares ali presentes um espaço para eles trazerem o que pensam e sentem com essa proposta e a terminalidade da paciente, o que também é importante para averiguar o quanto pode ser compreendido por eles do que fora passado pela equipe.

Ainda que a paciente se encontre debilitada, enfraquecida e com alguns momentos de confusão mental, sua autonomia também deve ser preservada nesse momento. Conversar com os familiares sobre o que eles acham sobre envolver Janete nessas decisões também é função da psicóloga hospitalar e da equipe como um todo. Em atendimento psicológico, Cassandra pode averiguar como a paciente vem passando por essa internação na UTI, o quanto ela compreende de seu quadro clínico, bem como as expectativas e fantasias de cura, caso sejam presentes.

Propiciar um espaço para a paciente falar sobre sua própria possibilidade de morte significa humanizar esse processo, pois pode ser que a paciente tenha últimos desejos ou assuntos a serem tratados com seus familiares, bem como anseios de despedidas, os quais podem ser realizados ao se tratar o assunto de maneira franca e sensível. Ainda que possam emergir sentimentos de tristeza ou angústia, essa proposta envolve todos os sujeitos e favorece que ocorra um momento de despedida, favorecendo o luto da família e humanizando a paciente.

Cabe lembrar que a adoção dos cuidados paliativos é, em última instância, autorizada ou não pelos familiares e paciente, podendo ser negada por aqueles que solicitam tratamento médico com foco curativo até a última instância. Cabe também à psicóloga hospitalar

observar os mecanismos psíquicos, principalmente os defensivos, que estão em jogo nessas escolhas.

Avançando na prática

O foco em psicoterapia

Descrição da situação-problema

Antônio é um paciente de 39 anos, encaminhado pela equipe médica para atendimento psicológico no ambulatório da instituição. A equipe aponta componentes de ansiedade no paciente após o implante de um marca-passo cardíaco.

Na primeira entrevista psicológica, Antônio refere sentir-se ansioso e com medo desde a última hospitalização, mas sem fazer referência ao implante do marca-passo, ao ser questionado sobre o aparelho, relata que "procura não pensar muito nisto" (*sic*). Bastante agitado e falando muito, sem dar muito espaço para indagações, Antônio conta que vem tendo problemas no trabalho, pois seu chefe está exigindo muito de sua produtividade e que ele não vem conseguindo se organizar para realizar seu trabalho como antigamente e tem medo de ser mandado embora. Emenda então, para contar que seu filho mais velho, que também ajudava com as finanças de casa, está atualmente desempregado e aparentemente deprimido, sem conseguir se organizar para procurar emprego, passa a maior parte do tempo "em casa vendo futebol ou no bar com seus amigos" (*sic*).

Sobre seu casamento, Antônio relata estar contente, mas passa a contar em detalhes sobre um caso extraconjugal que tivera há 7 anos e como a esposa demonstra-se muito ciumenta desde então.

Ao ser questionado sobre suas expectativas de um tratamento psicoterápico, Antônio refere que nunca havia pensado muito nisso, o que a equipe médica lhe sugerira após o implante do aparelho. Conta que tem vivenciado momentos de angústia, nos quais se sente prestes a desmaiar ou acha que vai morrer, e que não tem conseguido se concentrar muito no trabalho "por conta de todos os seus problemas" (*sic*).

Sua tarefa como psicólogo hospitalar, nesse contexto ambulatorial, é analisar os detalhes dessa primeira entrevista com Antônio. Você acha que propor uma psicoterapia breve a esse paciente pode lhe auxiliar? Como trabalhar suas questões emocionais, sendo que

algumas aparentemente não têm relação com seu adoecimento? Pensando nas questões de foco e temporalidade em psicoterapia breve, como você proporia um tratamento a esse paciente?

Resolução da situação-problema

O fato de Antônio não apresentar queixas manifestas relativas ao marca-passo não significa que essa situação não lhe cause sofrimento. Localizar temporalmente seus sintomas de ansiedade justamente após o implante e última hospitalização fornece um dado importante sobre seus possíveis conflitos emocionais.

O paciente relata certa preocupação com sua produtividade e relações familiares, mas não se aproxima emocionalmente das questões que o implante do marca-passo e seu adoecimento lhe provoca. Podemos pensar que ultrapassar essas defesas seja um trabalho sutil que acontece ao longo do próprio processo psicoterápico e, ainda assim, não existem garantias de que o implante tenha sido de fato um fator de desestruturação psíquica.

Algumas questões trazidas pelo paciente podem se mostrar, ao longo do processo, como importantes para sua sintomatologia atual, mas o exemplo de seu caso extraconjugal de anos atrás não necessariamente é um tópico ou conflito relacionado com seu adoecimento e alvo de intervenções em psicologia hospitalar.

A temporalidade, como delimitar um período de tempo para a terapia (seis meses?), pode se mostrar um fator que catalise o processo terapêutico. Um possível manejo aqui seria explicar ao paciente que o objetivo dessa terapia seria focar as questões emocionais suscitadas pelo implante do marca-passo e de seu adoecimento recente e que, após o período estabelecido, juntos, vocês reavaliariam a necessidade de se estender ou encerrar a psicoterapia.

Claramente, os assuntos tratados em psicoterapia não devem se restringir para os que margeiam sua doença, mas é interessante, do ponto de vista terapêutico, auxiliar o paciente a estabelecer uma queixa específica que pode ser tratada no período de tempo acordado.

Faça valer a pena

1. Sabemos que a assistência em saúde à pessoa em estado terminal visa, entre outras questões, promover o conforto e o bem-estar e minimizar o sofrimento e a dor. Analise como verdadeiras (V) ou falsas (F) as proposições a seguir sobre os cuidados paliativos:

( ) O controle da dor deve integrar o conjunto de ações em cuidados paliativos para a medicina, mas não é alvo de atenção em psicologia hospitalar.

( ) Observar estágios propostos por Klüber-Ross pode fornecer um conhecimento importante para se trabalhar com pacientes em fase terminal.

( ) São cuidados em psicologia hospitalar que promovem a autonomia e respeito ao paciente: facilitar e incentivar a comunicação entre os familiares e pacientes, promover uma cultura de trabalho que valorize o fornecimento de informações exatas por parte da equipe.

( ) Por se tratar de ações e conhecimentos não científicos, a espiritualidade deve se manter excluída da assistência em cuidados paliativos.

Assinale a alternativa com a sequência correta:

a) F – V – V – F.
b) F – V – F – F.
c) V – F – V – V.
d) F – F – V – V.
e) F – V – V – V.

2. Os cuidados paliativos surgem como uma prática, ainda que próxima, distinta da medicina e da enfermagem na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders.

Sobre os cuidados paliativos, é correto afirmar:

a) Para proteger paciente e familiares, a família deve ser afastada e não participar desse momento por estar emocionalmente abalada.

b) Durante os cuidados paliativos, o indivíduo deve permanecer sedado para evitar dor e sofrimento psíquico.

c) A psicologia tem sua atuação limitada e passiva, sendo pouco efetiva nos cuidados prestados com o paciente, mas eficaz no tratamento do luto de seus familiares.

d) O cuidado visa proporcionar conforto para que o doente possa vivenciar o processo de morte de maneira digna e humanitária.

e) O principal objetivo dos cuidados paliativos é aumentar a sobrevida dos indivíduos de forma significativa por meio da promoção de um ambiente saudável.

3. O conceito de foco em psicoterapia breve, ou psicoterapia focal, serve como uma espécie de roteiro mental para guiar o terapeuta e o paciente nas dificuldades e nos conflitos emocionais do paciente. Uma vez estabelecido o foco, ele pode servir de diretriz para o tratamento.

Sobre o conceito de foco em psicoterapia breve, é correto afirmar:

a) O foco deve ser estabelecido de acordo com a queixa manifesta do paciente. Foco e queixa são sinônimos em psicoterapia breve.

b) O foco estabelecido deve ser utilizado de maneira estanque e rígida para não comprometer o tratamento proposto.

c) O foco em psicoterapia breve deve ser estabelecido junto ao paciente.

d) O foco em psicoterapia breve deve ser estabelecido pelo terapeuta, de acordo com os dados obtidos nas entrevistas diagnósticas iniciais.

e) O foco é estabelecido de acordo com a estrutura de personalidade do paciente e o tempo que se tem disponível para o tratamento.

Seção 4.3

Temas atuais em psicologia hospitalar

Diálogo aberto

Toda a equipe do hospital vem demonstrando estar bastante satisfeita com o trabalho dos novos psicólogos hospitalares. O serviço de psicologia hospitalar idealizado por Cristina vem ganhando destaque e é cada vez mais solicitado para interconsultas ou atendimentos pelas diferentes equipes e locais de trabalho da instituição. Cristina, como chefe do serviço de psicologia hospitalar, é convocada pela equipe de nefrologia e hemodiálise para elaborarem juntos um novo modelo de atuação. Lembrando do início de sua carreira em saúde como estagiária do centro de hemodiálise, Cristina fica muito tocada com o reconhecimento de sua nova equipe e convoca todos os psicólogos novos para uma reunião para que trabalhem em conjunto nesse novo projeto.

A equipe de psicologia do hospital é convidada a elaborar, em conjunto com a equipe de nefrologia, um protocolo multidisciplinar para avaliação dos pacientes candidatos ao transplante renal, uma tarefa e tanto! O serviço de psicologia hospitalar ficaria a cargo de elaborar um material consistente para avaliação psicológica dos candidatos em preparação para o transplante. Para isso, precisariam pesquisar sobre as características emocionais decorrentes desse adoecimento, a vida dos pacientes nos períodos pré- e pós-transplante, bem como consultar a literatura psicossocial já existente nessa área. Um principal ponto de partida destacado por Cristina à equipe de psicologia seria garantir a autonomia de decisão dos pacientes candidatos ao procedimento, sabendo que tanto a atitude perante o transplante quanto até mesmo o sucesso dele dependem também de características psicológicas e emocionais dos paciente e cuidadores.

Procure auxiliar a equipe de psicologia nessa nova tarefa, elencando aspectos primordiais que você acredita que devem ser abordados nessa avaliação. Caso julgue necessário, decomponha o processo de avaliação entre paciente e cuidador/familiar.

– O que você considera importante que a equipe conheça sobre um paciente candidato a transplante?

– De que forma você acha que a equipe de psicologia pode construir esse material de avaliação? Montando um roteiro de entrevista? Utilizando algum instrumento como testes psicológicos?

Não pode faltar

Nesta seção de estudos final para a disciplina Psicologia Hospitalar, vamos tratar de três temas importantes para essa prática. O **transplante de órgãos** é um procedimento complexo realizado em alguns centros hospitalares que não se encerra com a cirurgia em si, mas se trata de um processo com grande possibilidade de atuação do psicólogo hospitalar. A **clínica psicossomática** trata de manifestações do sofrimento que oscilam entre o corpo e a mente, que são consideradas mais complexas que as da psicopatologia e da medicina clássicas; trata-se de um fenômeno complexo que revela a importância de se observar a relação com o paciente, sua história de vida e organização subjetiva para além dos sintomas que se apresentam. Encerramos, por fim, com uma discussão acerca de um tema que foi margeado ao longo de todas as unidades de estudo: apresentamos os principais conceitos da **bioética** e sua relação com a humanização nos hospitais.

Transplante de órgãos

Biagi e Sugano (2008) definem o transplante de órgãos como a substituição de um órgão doente por outro saudável de um doador, outro indivíduo. Apesar da ênfase que comumente se coloca ao ato cirúrgico, o transplante de órgãos é um processo, e não um acontecimento pontual (TAVARES, 2004), processo esse que continua ao longo de toda a vida do receptor – aquele que recebe o novo órgão.

As primeiras experiências com transplantes de órgãos foram realizadas com animais no começo do século XX. O primeiro transplante humano realizado foi de rim, seguido de transplantes experimentais de outros órgãos sólidos, como coração, fígado, pulmão e pâncreas; entretanto, os primeiros resultados foram desanimadores devido aos problemas de rejeição do enxerto (o órgão novo) ou infecção (BIAGI; SUGANO, 2008).

Nos anos 1970, o conhecimento científico adquirido sobre os mecanismos de rejeição do órgão transplantado e o desenvolvimento de novas estratégias cirúrgicas e de tratamento da rejeição com medicação imunossupressora evolui o cenário dos transplantes de órgãos, deixando de ser experimental para se tornar rotina na área médico-hospitalar. Desde o final do século XX, o transplante de órgãos passa a ser considerado um método de tratamento eficaz para doenças crônicas e progressivas que acometem diversos órgãos. Comumente, o transplante é indicado quando o comprometimento do órgão já atinge uma fase incapacitante, sem outras possibilidades de tratamento (medicamentoso ou cirúrgico), com o objetivo de prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida do sujeito adoecido (BIAGI; SUGANO, 2008).

Apesar da rotina com que os transplantes são realizados hoje em dia com sucesso, ainda existem dificuldades e desafios nesse processo, que não é considerado uma cura, mas, sim, uma terapêutica. O paciente transplantado prossegue dependendo de exames e consultas médicas periódicas, com a necessidade de tratamento medicamentoso constante e, em alguns casos, reinternações.

A problemática emocional decorrente do transplante é algo complexo e multifacetado, pois esse percurso, desde o diagnóstico, a indicação e a realização do transplante pode ser longo ou curto, mas quase sempre difícil e trabalhoso. Como aponta Lazzaretti (2006), o trabalho da psicologia hospitalar se insere no processo de transplante como um todo, elucidado de maneira didática pela autora como algo relativamente padronizado nas seguintes etapas: avaliação para ser aceito como potencial receptor de transplante, espera de um órgão satisfatório, a cirurgia e o período de recuperação cirúrgico e os ajustes a longo prazo do pós-transplante.

Tavares (2004, p. 766) aponta sobre o período pré-transplante que:

A confrontação com a existência de uma doença terminal a que se associa a necessidade de realização de um transplante como única forma de sobrevivência, e a forma como tal facto é transmitido pela equipa médica, são sentidas pelos pacientes como o primeiro momento de grande dificuldade em todo o processo que envolve esta terapêutica. Relatam este momento como o mais "esmagador" de toda a sua história de transplantação.

Para muitos pacientes, a avaliação para um transplante marca o fim de uma longa etapa marcada pela deterioração da saúde e o início de uma nova modalidade de tratamento, visto com esperança (LAZZARETTI, 2006). Além dos critérios médicos-clínicos para inclusão de um paciente em fila de espera para transplante, as equipes de transplante têm preocupações e critérios sobre questões psicossociais que são abordadas na avaliação dos pacientes candidatos ao transplante. Embora cada equipe, centro hospitalar ou tipo de transplante a ser realizado tenha seus critérios específicos, existem preocupações comuns sobre se aquele paciente (e grupo familiar) apresenta condições desejadas para aderir ao tratamento pré- e pós-transplante e se o procedimento de fato pode proporcionar melhor qualidade de vida ao sujeito adoecido. Esse momento inicial de avaliação para o transplante também pode ser encarado como um levantamento de necessidades ou ajustes na rotina do paciente, em sua residência (necessidade de saneamento básico para evitar infecções no pós-operatório tardio, por exemplo) ou necessidades de organização psicológica, que podem ser tratadas em psicoterapia antes e após o procedimento cirúrgico.

Cada órgão ou doença específica a ser tratada com o transplante conta com diretrizes próprias para avaliação e inclusão na fila de espera, sendo que cada profissional apresenta sua função e colaboração com este processo de avaliação. A avaliação psicossocial (realizada, geralmente, em conjunto pelo psicólogo hospitalar e assistente social), também é variada e cada equipe, entre seus critérios, coloca ênfase em certas áreas da avaliação. Lazzaretti (2006) cita os componentes básicos de uma avaliação psicológica pré-transplante como uma investigação detalhada acerca da história pregressa e atual de saúde mental, de relação e enfrentamento da doença, de uso de drogas e álcool, do estado mental, de apoio social, de compreensão da doença e processo de transplante. A autora aponta que essa avaliação, geralmente, é realizada com uma (ou mais) entrevista aberta, não estruturada ou com o uso de um questionário específico desenvolvido pela equipe, mas que o mais importante é que esse momento se preze para conhecer o paciente e os familiares e que os dados coletados possam ser úteis para identificar áreas de particular atenção ou que requerem maiores informações, tratamento ou encaminhamento específico (como intervenção psicoterapêutica) (LAZZARETTI, 2006).

Após um complexo período de aceitação, compreensão do processo e adaptação, ocorre o período de espera para o transplante, que não só afeta aquele que o aguarda mas também seus familiares e rede social. Tavares (2004) ilustra que esse momento de espera pode ser acompanhado de sentimentos de culpa e vergonha, principalmente quando o candidato a transplante depende de um órgão de doador cadáver (com morte cerebral e que conserve as funções vitais do órgão a ser transplantado). Quintana e Müller (2006) estudam o processo de transplante renal, que pode ser realizado com doador vivo relacionado (com parentesco) ou não relacionado; essa escolha relaciona-se a compatibilidades clínicas mas também à disponibilidade afetiva de um familiar para a cirurgia. Esse processo acarreta novos agentes estressores para vários membros da família, com sentimentos ambíguos quanto à doação. O doador vivo pode sofrer com o medo da morte, de não acordar da anestesia, de não suportar a dor ou por questões de imagem corporal, tais como ficar com cicatrizes pela cirurgia ou com o corpo deformado (QUINTANA; MÜLLER, 2006).

O envolvimento da família é fundamental não só no processo de avaliação, mas em toda a vivência do transplante. Alguns protocolos apontam a obrigatoriedade de o paciente contar com um cuidador formalizado diante da equipe para auxílio no período pós-transplante. No caso de transplantes intervivos, é fundamental que a avaliação psicológica também seja realizada com o doador, a fim de investigar suas motivações e o conhecimento das implicações reais e imaginárias decorrentes do transplante (LAZZARETTI, 2006).

Os efeitos emocionais do transplante para o receptor do órgão também devem ser objeto de investigação e intervenção psicológica, usualmente podendo ser observados sentimentos de dívida, gratificação ou até mesmo culpa. Lazzaretti (2006) discorre que fantasias de alterações físicas ou de características de personalidade "transplantadas" junto ao novo órgão não são raras, evidenciando a ocorrência de um processo de adaptação psíquica e elaboração do transplante, o qual pode ser facilitado pelo psicólogo hospitalar. Sobre o período pós transplante, Lazzaretti (2006, p. 40) acrescenta que:

> **A mistura de sintomas de natureza orgânica e psicológica é característica de mudanças psicológicas em pacientes**

transplantados no período imediato e posterior do pós-cirúrgico. Livre (*parcialmente*, nota do autor) do tratamento e do contato intensivo com a equipe médica, o paciente em sua "nova liberdade" sente-se inseguro e desprotegido, inundado pela relação ambivalente frente as suas novas habilidades e seus velhos desejos. No período pós-cirúrgico imediato, o medo da rejeição do órgão paira sobre toda ação que ele faz e determina o seu comportamento, seu humor e restringe suas atividades. Com o tempo, o medo é diluído gradualmente e deixa de estar focalizado na possibilidade da morte.

Reflita

Um transplante de órgãos se dá no mais significativo palco de nossa existência: o corpo. É curioso que uma grande preocupação médica pós-transplante se dê com a questão da rejeição, pois, da mesma maneira, a representação psicológica, cognitiva e fantasmática dos órgãos transplantados representa uma dinâmica de aceitação-rejeição biopsicológica.

Biagi e Sugano (2008) questionam o que significa para os pacientes a troca de um órgão vital e sobre o processo de um "transplante emocional", que representa a contrapartida de integração ao ego do novo objeto, o enxerto. Esse processo sofreria influências também da significação social que o órgão transplantado tem, como no caso do transplante cardíaco, estudado pelas autoras, em que o órgão é visto como a sede das paixões, sentimentos e faculdades afetivas; por isso, é comum transplantados cardíacos apresentarem ou fantasiarem com mudanças no temperamento ou na afetividade após a troca do órgão.

O órgão adoecido e retirado, por sua vez, é desfigurado de seu valor emocional para adquirir uma forma mecânica apenas funcional e biológica (TAVARES, 2004). Entretanto, um transplante acontece em alguém que possui uma história pessoal, memórias, sentimentos, pensamentos, gostos e valores mas também traz uma parte de um outro alguém, que tem vida e vai dar vida. A autora, então, questiona (TAVARES, 2004, p. 769):

O que resulta deste encontro, como se constrói esta integração do outro em mim? O Eu continua a existir, mas idêntico ou modificado?

Como salientado, após o transplante, o paciente não é considerado "curado", mas sim ainda doente crônico e necessitando de atenção médica. O processo de elaboração psíquica do transplante deve ser acompanhado de perto por parte da equipe, visto que é comum, no imaginário e nas expectativas sociais associadas ao transplante, a restauração de saúde total. Lazzaretti (2006, p. 40) dá ênfase a uma "demonstração exagerada de 'saúde restabelecida'", o que pode conduzir a aspectos nocivos ao próprio procedimento realizado, como abuso de substâncias (como álcool e drogas), promiscuidade, evitação do acompanhamento terapêutico, médico, psicoterápico e outros.

A contribuição do psicólogo hospitalar ao longo de todo o processo de transplante é introduzir e respeitar os aspectos subjetivos do paciente. Lazzaretti (2006, p. 40) conclui que:

> O psicólogo clínico oferece uma escuta e trata as condições psicopatológicas com a ideia básica de possibilitar ao paciente um lugar para falar e se possível elaborar a situação que a doença lhe submeteu, dando significado à existência dele apesar de significantes limitações. Para que isto seja feito, o psicólogo clínico tem que restringir qualquer intenção de oferecer esperanças irreais e opções ao paciente, mas que ele possa saber o que deseja e espera de um transplante.

Clínica psicossomática

"A psicossomática caracteriza-se como uma atitude na promoção de saúde, postulando uma visão integrada, na sua unidade irredutível corpo-mente", com essa definição, Campos e Rodrigues (2005, p. 299) apresentam uma visão atual em psicossomática e na maneira de se enxergar o ser humano, visto que corpo e mente representam um contínuo e são inseparáveis anatômica e funcionalmente.

Ainda que realmente algumas doenças apresentem correlações com aspectos emocionais e situações de vida, as escolas psicossomaticistas não mais se referem às expressões "doenças psicossomáticas", como eram encaradas a úlcera péptica, a retocolite ulcerativa, a asma brônquica, a hipertensão arterial, entre outras (CAMPOS; RODRIGUES, 2005). Seja qual for o fator etiológico (de causa) preponderante na doença, ela acontece em um ser humano detentor de vida mental, social e biológica, portanto, passa a ser um

fenômeno psicossomático, ou seja, segundo a compreensão atual na área, toda doença é psicossomática. Como apontam Campos e Rodrigues (2005, p. 301):

> **Dentro dessa perspectiva, a doença expressa e revela a forma de um indivíduo viver e sua interação com o mundo. Obedece, pois, a uma pluricausalidade, ou seja, a fatores bio-físico-químicos, como agentes bacterianos, dietas, clima, genéticos, entre outros, e a fatores de ordem psíquica e social, e compromete uma pluridimensionalidade, visto que todo ato humano ocorre simultaneamente nos níveis somático, mental e social. No máximo, temos a expressão predominante em um dos três níveis do existir.**

A Escola de Psicossomática de Paris, que tem como principal autor Pierre Marty e tem como base a teoria psicanalítica, entende que os seres humanos se confrontam a todo momento com um afluxo de excitações, pensamentos, desejos, necessidades e conflitos e que temos a possibilidade de descarregá-los por três possíveis vias: a **orgânica** (somática), a **ação** (comportamento) e o **pensamento** (psiquismo, representações psíquicas, fantasias etc.) (VOLICH, 2010). Uma pessoa que entra em conflito com outra por alguma desavença, por exemplo, pode conseguir lidar emocionalmente com a situação de briga, elaborar um diálogo conciliador ou explicar o motivo de estar raivosa (saída pelo pensamento), ou então agredir fisicamente o outro (ação), entretanto, a experiência de raiva pode propiciar um aumento momentâneo dos batimentos cardíacos, da pressão arterial, vermelhidão nas faces, tremor ou até mesmo uma dor de cabeça posteriormente (descarga pela via somática).

A saída mais complexa e adaptada, pela via do pensamento, envolve o processo definido como mentalização, explicado por Volich (2010, p. 203) como um "conjunto de operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas". Entretanto, falhas no desenvolvimento psíquico ou experiências perturbadoras (traumáticas) podem comprometer o funcionamento mais evoluído, temporária ou cronicamente, e essas descargas restam a ocorrer, então, pela via da ação ou por reações orgânicas, incluídas aqui desordens funcionais de órgãos, desorganizações psicossomáticas progressivas com adoecimentos recorrentes e potencialmente graves

ou até mesmo o que se compreende pelas reações fisiológicas da ansiedade/pânico. Essa compreensão é similar à de McDougall, psicanalista estudiosa do fenômeno psicossomático e relações corpo-mente, que entende "a somatização como resposta, tanto aos conflitos internos como às catástrofes externas" (MCDOUGALL, 1991, p. 135 apud CAMPOS; RODRIGUES, 2005).

Uma cirurgia, uma hospitalização ou a experiência de um adoecimento – o foco do trabalho e atenção em psicologia hospitalar – pode provocar um excesso abrupto de excitações (ou sensações, representações mentais) que acarretam momentos de desorganização no aparelho psíquico. O foco da clínica psicossomática recai sobre esses momentos em que o sujeito "não encontra palavras" para descrever suas vivências. A não existência ou a impossibilidade momentânea de se trabalhar com palavras, componentes afetivos, metafóricos acerca do que se está vivendo acaba por comprometer esse funcionamento e deixa o sujeito à mercê de descargas pelo comportamento ou quadros de somatização.

Um transplante de órgão, retomando ao tema estudado nesta seção, é um terreno fértil para criações psíquicas fantasiosas, temores e medos; um paciente que não fala muito sobre esse processo ou que o faz de maneira muito "concreta", sem trazer muito de suas próprias construções psíquicas e sentimentos, pode estar vivendo um vazio de significados, um abismo emocional sobre sua experiência atual, algo que merece atenção na clínica psicossomática. É função do psicólogo "fazer falar" (no sentido de propiciar a fala), estimular no paciente qualquer manifestação subjetiva de maneira a integrar na sua história – com palavras – o que pode facilmente ser vivido como traumático ou intolerável.

A psicossomática, como um campo de compreensão, busca um entendimento na relação mente-corpo e dos processos de adoecimento, partindo, principalmente, da observação dos distúrbios físicos nos quais processos emocionais desempenham um papel ou de situações observadas nas diversas clínicas (hospitalar, psicológica, médica etc.), nas quais uma perturbação psicológica (estresse, como comumente apontado) aumenta o risco de se desenvolver ou agravar doenças físicas (CAPITÃO; CARVALHO, 2006).

Pesquise mais

Como um campo de compreensão complexo, a psicossomática possui diversas escolas e encontra respaldo em diversas correntes psicológicas. O aluno que deseja pesquisar mais sobre o assunto pode recorrer aos dois artigos referenciados a seguir, que apresentam um "passeio" geral pelas teorias em psicossomática. O livro de Volich (2010) é uma importante obra que traça toda uma compreensão em psicossomática e sobre os processos de saúde-doença e interações mente-corpo, desde "Hipócrates à psicanálise", como aponta o subtítulo da obra.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças – Psic. Saú**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 290-308, 2005. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/826>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAPITAO, C. G.; CARVALHO, É. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2017.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Bioética e humanização

Refletir sobre os preceitos éticos em saúde é uma tarefa audaciosa e desafiante, principalmente porque essa reflexão pressupõe posicionamentos ou questionamentos – algumas vezes polêmicos – que norteiam as práticas no campo da saúde e em psicologia (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002). Faz parte da formação em psicologia hospitalar, como um campo distinto, mas associado à psicologia clínica, atualizar-se a todo momento e propor um exercício de treino para as questões epistemológicas e filosóficas da área: qual o papel do psicólogo no hospital? Quais são seus objetivos? Quais os limites de sua prática? A própria inclusão da psicologia nas práticas em saúde representa uma mudança importante nos preceitos éticos e filosóficos da área que não deve ser esquecida. Esse assunto já foi abordado quando estudamos os princípios norteadores das práticas em saúde, mas cabe retomar, nesse momento, que a psicologia hospitalar prevê um resgate da subjetividade e oferece destaque a um modelo biopsicossocial de doença. Fator que fica explicitado pela

crítica de Sanvito (1994 apud CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 15) sobre o modelo biomédico e o fato da medicina:

> de todas as maneiras, dentro de uma ótica simplista, reduzir a doença a um projeto biológico, ora centrado na patologia celular ou molecular, ora num agente infeccioso, tóxico ou coisa semelhante. Ao reduzir as funções biológicas e mentais a mecanismos celulares e/ou moleculares, e ao negligenciar os aspectos socioculturais e ambientais, o médico acaba perdendo a perspectiva do paciente integral inserido no seu meio ambiente. Esse tipo de enfoque acaba deslocando a atenção (do médico) do doente para a doença (a úlcera é mais importante que o ulceroso).

As práticas em saúde nas últimas décadas, os avanços científicos, tecnológicos e a maneira de se pensar a vida e a morte levam a inevitáveis e necessárias discussões acerca de temas complexos, como o limite da vida, eutanásia, aborto, conceito de morte e transplantes. O termo bioética diz respeito à integração de diferentes aspectos das ciências naturais e biológicas com as ciências humanas por meio da ética e da discussão sobre as questões relacionadas à sobrevivência da humanidade (CALVETTI; FIGHERA; MULLER, 2008).

A bioética apresenta alguns princípios básicos que devem nortear a assistência à pesquisa dos profissionais de saúde diante de questões da vida humana: a **beneficência**, entendida como sendo a oferta da melhor assistência, prevenindo, removendo ou evitando malefícios; a **não maleficência**, que salienta que as ações em saúde não devem causar danos ou evitar danos em maior medida; a **autonomia**, que se refere ao respeito ao direito de decisão, consentimento e recusa de tratamento das pessoas; e o princípio da **justiça**, ou seja, igualar as oportunidades de acesso à saúde, preocupar-se com a equidade na distribuição de bens e recursos comuns, reconhecendo diferentes necessidades. No campo das práticas em saúde, esses princípios devem fazer parte diária como questionamentos do tipo (CALVETTI; FIGHERA; MULLER, 2008, p. 117):

> Qual a finalidade da prática de determinado procedimento? Quais os benefícios e maleficência que essa decisão pode acarretar na vida da pessoa? O indivíduo obteve todas as informações necessárias para a sua tomada de decisão,

como um procedimento cirúrgico ou início de um tratamento medicamentoso e/ou psicológico?

Dessa maneira, a bioética apresenta, também como princípio norteador, o humanizar o ambiente hospitalar para uma convivência mais conciliadora do viver e do morrer com dignidade. Busca-se uma interdisciplinaridade na articulação de conceitos e pensamentos não só da área da saúde mas também da antropologia, biologia, sociologia, economia, direito, teologia, filosofia, entre outros.

Uma aliança entre bioética e psicologia busca viabilizar uma melhor compreensão de quem é o ser humano e como oferecer o melhor em termos da vida e também da morte, tratando questões difíceis do nosso tempo e rotineiras em um hospital, como: eutanásia, ortotanásia, clonagem, uso de células tronco, aborto, projeto genoma humano, entre outros.

Finalizamos esta seção de estudos e este livro didático acompanhando o pensamento de Chiattone e Sebastiani (2002, p. 18), que acreditam que as práticas psicológicas no campo da saúde seguirão:

caminhos mais e mais significativos se mantiver-se nos princípios da dignidade, da ética e do respeito (infelizmente tão raros nos dias de hoje); se mantiver-se como primordial a assistência à tríade paciente-família-equipe de saúde; se a busca do bem estar das pessoas permear sempre nossos ideais de trabalho; se o principal for sempre o paciente; se a humanização na saúde for nosso principal objetivo, se a vida for o nosso maior compromisso.
E (...) se nos afastarmos desses preceitos, perderemos o rumo da história e nos tornaremos como a centopeia do provérbio que, ao ser perguntada como fazia para coordenar todas as suas pernas, descobriu estar paralisada.

Sem medo de errar

Uma avaliação psicológica para transplante de órgãos deve levar em consideração aspectos relevantes para a equipe, de maneira que se conheça o receptor e o doador (no caso de transplante intervivos). Estudos detalhados devem ser conduzidos de maneira interdisciplinar para se conhecer o cenário da instituição, população e do país quanto

às políticas de transplantação e recursos envolvidos. Do ponto de vista emocional, a realidade de um doente renal crônico (público-alvo nesta situação descrita), o convívio com a doença e os aspectos concretos do pós-transplante também devem ser estudados e levados em consideração. Principalmente, no caso de doadores vivos, aspectos relacionados à motivação para a doação e envolvimento afetivo entre doador e receptor também devem ser investigados.

A título de ilustração, vamos expor aqui um modelo de avaliação psicológica organizado em forma de relatório a ser preenchido em uma (ou mais entrevistas semiestruturadas), isto significa dizer que as informações contidas devem ser exploradas em conversas francas e abertas com os pacientes e familiares envolvidos. Algumas instituições adotam entrevistas separadas a serem agrupadas em uma avaliação única, sendo que é importante explorar os aspectos psicológicos de ao menos três envolvidos: o receptor, um familiar que se responsabilize pela função de cuidador (para atividades da vida diária pós-transplante, acompanhamento nas consultas médicas etc.) e o doador (no caso de transplante intervivos).

Para mais detalhamentos sobre a avaliação psicológica para transplante renal e aspectos psicológicos sobre o adoecimento e o transplante renal, você pode consultar as bibliografias de Lazzaretti (2006) e Kohlsdorf (2012), referenciadas ao final desta seção de estudos. Salientamos que é apresentado aqui um modelo que não se esgota nas possibilidades de avaliação psicológica e que pode ser modificado de acordo com o que você, aluno, julgar necessário baseado em seus estudos e discussões em aula, bem como estruturado de maneira a abarcar paciente, familiares e doadores.

Roteiro de avaliação psicológica

1. Dados de identificação (nome, idade, prontuário, diagnóstico clínico).

2. Dados sobre o doador (cadáver, familiar, outros).

3. Histórico sobre tratamentos psiquiátrico ou psicológico.

4. Exame do estado mental (atenção, memória, compreensão, julgamento).

5. Funcionamento conjugal e dinâmica familiar.

6. Compreensão sobre a doença e procedimento de transplante (com dados sobre adesão ao tratamento prévio, relacionamento com a doença, expectativas sobre o transplante).

a. Tempo de hemodiálise, adesão e participação do tratamento.

b. Dúvidas e compreensão sobre o procedimento cirúrgico.

c. Compreensão e disponibilidade para os autocuidados após transplante.

7. Colaboração e participação da família ou apoio social (durante o adoecimento, hemodiálise, hospitalizações etc.).

8. Qualidade da comunicação com a equipe.

9. Uso atual ou anterior de substâncias (medicamento psiquiátrico, álcool e outras drogas).

10. História e motivações do doador para o transplante (coerção social, ganhos secundários, referências de altruísmo, dever moral, retribuição, outros).

a. Autonomia do doador em decidir sobre a doação.

b. Discussão dos custos, riscos e benefícios do transplante para doador e receptor.

11. Expectativas, ansiedades e receios sobre a cirurgias e sequelas do transplante a longo prazo.

12. Formas de enfrentamento e *copping* (doador e receptor).

13. Planejamento das atividades e dinâmica familiar, domésticas e profissionais no período pós-cirurgia.

14. Parecer psicológico (fatores favoráveis, desfavoráveis ou necessários de atenção para o transplante).

15. Encaminhamento/Conduta (avaliação psiquiátrica, orientação de outros profissionais sobre o procedimento, avaliação do serviço social, indicação de psicoterapia, outros).

Avançando na prática

Liga-desliga

Descrição da situação-problema

Carla é uma paciente de 37 anos acompanhada pela equipe de cardiologia e neurologia do hospital devido à hipótese diagnóstica de crises de síncope do tipo "liga-desliga". Carla sofre de desmaios recorrentes, que foram investigados pelas equipes médicas e ambas tiveram pareceres clínicos semelhantes, os médicos ficaram preocupados e continuam investigando os desmaios, mas não

encontraram nenhuma doença de base que os justificasse. Carla, então, fora encaminhada para psicoterapia no ambulatório do hospital.

Durante o processo terapêutico, que já ocorre há 4 meses, você conhece a história de Carla, sempre marcada por adoecimentos desde a sua infância, convulsões quando criança; anorexia e doenças gastrointestinais na adolescência; eczemas, alergias e doenças de pele no início da idade adulta. Carla explica que seu atual quadro de desmaios iniciou após o nascimento de sua terceira filha, esclarecendo ainda que sua vida "virou de cabeça para baixo" depois que perdeu o emprego e começou a ter discussões com seu marido. Sua situação financeira vem lhe preocupando muito, e ela não conseguia ver soluções para "ajustar sua vida". Carla refere-se a momentos de extrema raiva e *acting outs* agressivos com o marido, que, apesar de lhe ajudar muito, tornou-se um alvo de sua agressividade contida.

Ao longo do processo terapêutico, seus desmaios e episódios agressivos diminuem de intensidade. Carla tem a oportunidade de ressignificar seu relacionamento e compreende, em terapia, que seu marido se mostra um companheiro atencioso, vem lhe ajudando como pode nas dificuldades que encontram e, de maneira geral, pode ser observado que resquícios emocionais de sua antiga relação com sua mãe, ausente e agressiva, estavam sendo reatualizadas nesse momento aflitivo de sua vida.

Nesse momento do tratamento de Carla, você é procurado pela equipe médica do ambulatório para fornecer um parecer sobre o que vem sendo tratado desde então; a equipe mostra-se intrigada com a redução dos sintomas, sendo que, no último mês, Carla não apresentou nenhum desmaio. Com o objetivo de reafirmar um plano e uma conduta terapêutica interdisciplinar para a paciente, como você elaboraria uma compreensão sobre o caso e os sintomas apresentados por Carla?

Resolução da situação-problema

Ainda que apresentado de maneira reduzida, o caso clínico de Carla leva a pensar em questões relativas à organização psicossomática da paciente. A melhora dos sintomas de desmaio, apresentada em conjunto com o avanço e a elaboração de questões psíquicas em psicoterapia, deve ser apresentada no parecer técnico solicitado e discutida em equipe; entretanto, esse fato não deve ser encarado,

nesse momento, de maneira conclusiva ou precipitadamente tido como “curado”.

Fatores emocionais importantes são percebidos no adoecimento de Carla, bem como uma tendência sua para somatizações ao longo da vida, entretanto, a paciente deve prosseguir com acompanhamento médico e as investigações que estavam sendo realizadas anteriormente à psicoterapia.

Uma possível compreensão de cunho psicossomático, não definitiva e conclusiva, é que os episódios de desmaio poderiam estar relacionados à sensação de descontrole vivida. Tudo aquilo que não era possível de ser mentalizado por Carla, ou que ela não conseguia transformar em palavras, todo esse sofrimento acumulado emergia como uma descarga neuronal que causa um “curto-circuito” no aparelho psíquico: para não enlouquecer ou mesmo para não se perder em suas aflições e ansiedades, os sistemas de consciência eram desligados abruptamente. Essa é uma possível compreensão que entende o sintoma psicossomático como uma resposta de defesa do organismo.

Uma conduta importante a ser discutida em equipe é que Carla permaneça em atendimento psicoterápico, com possível reavaliação do caso dentro de alguns meses, verificando-se a ausência de sintomas, a alta deve ser programada e discutida cautelosamente com a paciente.

Faça valer a pena

1. O termo bioética diz respeito à integração de diferentes aspectos das ciências naturais, médicas e biológicas com as ciências humanas por meio da ética e da discussão sobre as questões relacionadas à sobrevivência da humanidade. A bioética apresenta alguns princípios básicos que devem nortear a assistência à pesquisa dos profissionais de saúde diante de questões da vida humana.
São considerados princípios básicos formulados pela bioética para facilitar o enfrentamento de questões profissionais em saúde:
a) Jurisprudência e autonomia.
b) Justiça e religiosidade.
c) Beneficência e não maleficência.
d) Humanização e assistência psicológica.
e) Humanização e acolhimento.

2. A Escola de Psicossomática de Paris, que tem como principal autor Pierre Marty e tem como base a teoria psicanalítica, entende que os seres humanos se confrontam a todo momento com um afluxo de excitações, pensamentos, desejos, necessidades e conflitos, e que temos a possibilidade de descarregá-los por diferentes vias, organizadas hierarquicamente, de acordo com a complexidade.
O enunciado se refere às três possíveis vias de descarga de excitações advindas do interior ou exterior do organismo, são elas:
a) Os sentimentos, as doenças e a fala.
b) A via orgânica, a ação e o psiquismo.
c) Os comportamentos, o corpo e as doenças.
d) Simpática, parassimpática e automática.
e) Cardiovascular, neurológica e gastrointestinal.

3. O processo de transplantação de órgãos prevê o envolvimento da equipe interdisciplinar em todos os seus momentos. A psicologia hospitalar tem responsabilidades específicas com os diversos agentes envolvidos nesse processo, desde o momento da comunicação do diagnóstico até o período pós-transplante.
Sobre o trabalho da psicologia hospitalar com pacientes candidatos a transplante de órgãos, é correto afirmar:
a) A avaliação psicológica deve ser feita com o paciente candidato ao transplante, o familiar cuidador responsável e o doador (no caso de transplante intervivos).
b) É papel da psicologia hospitalar convencer pacientes que se negam ao transplante de que aquela é a única possibilidade de tratamento possível.
c) A escolha de um familiar cuidador que se responsabilize pelo paciente é feita pelo psicólogo hospitalar, com base na avaliação psicológica da dinâmica familiar.
d) A avaliação psicológica deve ser feita externa ao ambiente hospitalar e por um profissional distinto da equipe, de forma que não ocorram influências ao se formular um parecer sobre o caso.
e) A avaliação psicológica com o doador vivo e com relação de parentesco ao receptor deve ser realizada por um profissional distinto daquele que assiste o paciente, para não influenciar no processo de decisão em doar o órgão.

Referências

ALMEIDA, R. A. de. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BIAGI, A. U.; SUGANO, C. F. Transplante de órgãos. In: ROMANO, B. W. (Ed.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 145-208, 2008.

BIONDO, C. A.; SILVA, M. J. P. da; SECCO, L. M. D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. **Rev. Lat. Amer. Enferm**., v. 17, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421911003.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CALVETTI, P. U.; FIGHERA, J.; MÜLLER, M. C. A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. **Psic**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 115-120, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2017

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças: psicologia da saúde,** São Paulo, v. 13, n. 2, p. 290-308, 2005. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/826>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, E. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. Ética e bioética em psicologia da saúde. **Psychol. Bogotá**, Colômbia, v. 1, n. 2, p. 11-19, 2002. Disponível em: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V1N201etica.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

FELIX, Z. C. et al . Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2017.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnicas de psicoterapias**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FLACH, Katherine et al. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-100, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2017.

FRANCO, M. H. P. A complexidade dos cuidados paliativos e a morte na contemporaneidade. In: KAMMERS, M.; MARCON, H.; MORETTO, M.L.T. (Orgs.) **Desafios**

atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde. São Paulo: Escuta, 2016. p. 313-328.

GILLIÉRON, E. **As psicoterapias breves**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 52-63, jun. 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2017.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B.. Cuidados paliativos. **Estud. av**., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2017.

GONCALVES, M. de O. Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. **Psicol. cienc. prof**., Brasília, v. 21, n. 1, p. 30-41, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2017.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia breve**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KOHLSDORF, M. Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos. **Psic. Argumento**, v. 30, n. 69, p.337-346, 2012. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5980&dd99=view&dd98=pb>. Acesso em: 31 jul. 2017.

KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAZZARETTI, C. T. Transplante de órgãos: avaliação psicológica. **Psic. Argumento**, v. 24, n. 45, p. 35-43, 2006. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=439>. Acesso em: 1 ago. 2017.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2017

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Palliative Care. **Cancer control**: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2017.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2017.

POMPÉIA, J.A.; SAPIENZA, B.T. **Na Presença do Sentido**. São Paulo: EDUC; ABD, 2013.

QUINTANA, A. M.; MÜLLER, A. C. Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. **Psic. Argumento**, v. 24, n. 44, p. 73-80, 2006. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=140>. Acesso em: 1 ago. 2017.

ROMANO, B. W. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SILVA, M. K.; ULHOA, A. P. A Construção do Caso Clínico na Prática Hospitalar: algumas Reflexões Sobre Luto e Toxicomania. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 35, n. 2, p. 503-514, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2017

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

TAVARES, E. A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 4, p. 765-777, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2017.

VOLICH, R.M. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.